INSTITUTUL DE MEDICINĂ
TIMIŞOARA

Mircea Lăzărescu

Probleme de psihopatologie a spaţiului trăit

Teza de doctorat

Conducător ştiinţific
Prof. dr. doc. EDUARD PAMFIL

1968

I N S T I T U T U L D E M E D I C I N A
T I M I S O A R A

Mircea Lăzărescu

PROBLEME DE PSIHOPATOLOGIE A SPATIULUI TRAIT

TEZA DE DOCTORAT

Conducător ştiinţific
Profesor Doctor Docent, Eduard Pamfil

CUPRINSUL LUCRARII

ARGUMENT ..... pg. 1

MATERIAL SI FORMA pg.2

Scopul şi planul lucrării, material şi metodă

ANALITICA ..... pg. 8

Frica şi spaţiul trăit în perspectivă antropologică

PSIHOPATOLOGIE pg.36

Spaţiul trăit şi psihopatologia fricii

CLINICA pg.95

Figurile clinice ale fobiei în "mica psihiatrie"

COMENTARIU FINAL pg.128

BIBLIOGRAFIE pg.132

A R G U M E N T

Aretaeus din Cappadochia (sec.II e.n.) a descris următorul caz x):

"Un dulgher era muncitor abil atîta vreme cît era acasă la el: măsura foarte bine lemnele, le tăia, le netezea, le ansambla perfect, se ocupa fparte rezonabil de treburile sale şi de preţurile pe care le cerea arhitecţilor pentru munca sa; în sfîrşit, dovedea o inteligenţă deplină atîta vreme cît rămînea pe loc sau nu ieşea din cercul ocupaţiilor sale. Dar dacă el mergea în piaţa publică sau la bae, sau într-un oareşcare alt loc, la început era cuprins de o cumplită transpiraţie, apoi ieşea apropiindu-şi umerii într-un fel de frison şi în sfîrşit începea să-şi piardă raţiunea şi chiar să trăiască o stare de agitaţie mai mult sau mai puţin vie dacă nu regă sea cu privirea atelierul şi lucrătorii săi. Dacă se reîntorcea rapid, îşi revenea cu aceaşi promptitudine, în aşa măsură exista o conexiune şi un fel de înrudire între spiritul acestui om şi locul în care el se desfăşura într-o manieră oarecare".

Acest fenomen de psihopatologie, al stării de rău care-l cuprinde pe pacient în situaţia îm care e depărtat de propria-i locuinţă şi propriul loc de muncă, mai ales atunci cînd se află în "piaţa publică", a fost înregistrat de psihopatologia ultimului secol, iar Westphal îl denumeşte în 1872 foarte sugestiv "agorafo-bie". Agorafobia lui Westphal este însă doar o altă denumire pentru simptomul pe care germanii l-au denumit mai de mult "Platzschwindel" adică răul ce-l cuprinde pe individ în mijlocul unei pieţe largi şi goale. In 1879 Benjamin Ball descrie claustrofobia. Ulterior, lista fobiilor patologice se înmulţeşte la infinit; dar, problema care pentru noi constitue un punct de plecare - şi care apare peregnant în cazul lui Aretaeus - este: cum şi prin ce mecanism lumea în structurarea sa topologico-spaţială poate deveni temă sau argument pentru o trăire psihopatologică de aspect fobic?

x) Traducerea e făcută după versiunea franceză a lui Trélat: "Recherches historiques sur l'aliénation mentale "Journal de progres", T.V.(1).

.. // ..

MATERIAL SI FORMA

Scopul şi planul lucrării; material şi metodă.

Teza de faţă îşi propune să abordeze o temă de psihopatologie clinică.

Psihopatologia rămîne şi astăzi coloana vertebrală a clinicii psihiatrice; ea este elementul primordial al conturării cadrelor nosologice, al înţelegerii structurării şi dinamicii simptomelor, al criterilor de gravitate şi evolutivitate. Desigur, ea nu epuizează aspectul clinic dar îl fundează. "Faptele" psihopatologice se extrag din studiul cazurilor clinice, dar prelucrarea lor dă argumente pentru ordonarea materialului clinic.

In acelaşi timp, psihopatologia modernă s-a plasat în mod irevocabil într-un cadru antrcpologic. Structurile, modalităţile şi dimensiunile normale, uzuale de a fi ale omului - ca faţete ale personalităţii umane - reprezintă punctele de referinţă în raport cu care poate şi trebue să fie descris şi înţeles orice fapt psihopatologic.

Boala, în orice mod s-ar manifesta, priveşte întreaga persoană umană. Un cancer nu este numai un proces polimitotic identificabil de medic şi care necesită aplicarea unor procedee terapeutice, putînd în final duce la moartea unui individ; cancerosul va resimţi în plus, în subiectivitatea sa, maleza corporală secundară caşectizării şi durerile, după cum, conştiinţa faptului că e bolnav de cancer poate da o dimensiune psihopatologică maladiei. Hipertensiunea arterială poate condiţiona crize de angor pectoris cu sentimentul morţii iminente, dar cunoaşterea faptului de a fi bolnav de o hipertensiune arterială poate condiţiona o tensiune anxioasă care

să întreţină în feed-back procesul maladiv iniţial. O epilepsie genuină nu reprezintă doar posibilitatea unor descărcări neuronale sincrone (cu o anumită manifestare corporală periferică) ci conştiinţa acestei boli - şi raportul celorlalţi faţă de epileptic - poate modifica însăşi caracterul persoanei. Omul poate să se teamă nu numai de moarte ci şi de boală; şi această teamă de boală poate fi nu doar o mascare a fricii de moarte; boala poate funcţiona nu numai ca simbol al morţii ci ea poate fi marca introducerii omului într-un nou univers, cu un nou statut social. Mai mult decît atît, însăşi frica umană se poate şi ea metamorfoza în boală. Astfel, frica de a nu avea cumva o boală, nosofobia, poate fi o boală ce necesită intervenţia medicului, a psihiatrului în primul rînd. Frica de a nu avea cumva o boală este o frică legată de un pericol prezent (sau putînd isvorî din) domeniul propriului corp. Dar şi alte modalităţi ale fricii pot transforma persoana umană într-un pacient, adică într-un individ care "îmbracă un statut de bolnav" şi are nevoe de ajutorul personajului denumit medic pentru a se putea reinstala în existenţa uzuală. Aşa sînt diversele frici legate de un pericol prezent în (sau putînd isvorî din) domeniul lumii cu care individul vine în contact: frica de obiecte ascuţite, de obiecte tăioase, de poduri, fîntîni, de aglomeraţie umană, de locuri înguste sau pieţe largi şi goale etc. Dar să nu uităm că suntem într-un domeniu de patologie; frica nemotivată prin nimic de o boală, frica de a merge pe stradă, semnalează fapte de patologie care se cer studiate (şi rezolvate medical) la fel ca hipertensiunea arterială, cancerul sau epilepsia.

II

Consideraţiile de mai sus asupra raportului dintre frică şi patologie le-am făcut pentru a facilita formularea "tezei" pe care intenţionăm să o formulăm şi s-o dezvoltăm în lucrarea de faţă. Iniţial, preocupările noastre au fost îndreptate (de-a lungul mai

multor ani) spre studiul nevrozei fobice, contestată de mulţi autori autohtoni şi străini ca o nevroză posibil independentă. In acelaşi timp aproape toţi cei ce acceptă nevroza fobică, o fundamentează pe argumente psihanalitice. Acest studiu iniţial doar clinic, ne-a condus ulterior spre alte consideraţii.

Prin definiţie frica se referă la un "ceva", omului îi este frică de "ceva" şi în orice caz de ceva prezent sau posibil a fi prezent în lume. Meditaţia abstractă asupra inevitabilităţii morţii nu poate fi argument de patologie (de psihopatologie bineînţeles). Fobia - ca frică patologică - face individul atent la lume, la lumea ca preajmă imediată, la lumea ştiută ca existînd, la corpul său care face şi el parte din lumea percepută şi ştiută ca prezentă. Pericolul poate isvorî de undeva, este localizat undeva, într-un loc al acestei lumi şi de aceea fobia (frica) nu poate fi concepută fără considerarea lumii ca o realitate structurată spaţial, cu locuri, oameni, obiecte anumite, aflate în raporturi determinate unul faţă de altul. Omului îi poate fi frică de boala localizată în corpul său, se poate teme de a se raporta activ la (a parcurge, a fi prezent printre) anumite domenii ale lumii exterioare, de a întîlni anumite obiecte etc. De aceea, fobicul este "atent" la lume Depresivul, dimpotrivă, chiar în modalitatea nevrotică, este indiferent faţă de lucrurile din jurul lui, faţă de lumea structurată spaţial căci pentru el lumea este palidă sau contează prea puţin. Atent la lume, fobicul trăieşte crispat şi dificil lumea ca spaţiu. Înţelegerea fobiei ca fapt psihopatologic nu poate fi făcută decît prin analiza raportării individului uman la lume ca structurată spaţial. Fără a putea formula o relaţie de cauzalitate putem susţine că studiul psihopatologiei fobiei se poate face în modul cel mai adecvat prin studierea în paralel a psihopatologiei spaţiului trăit. In acelaş spirit s-ar putea analiza cum studiul depresiei se poate face în modul cel mai adecvat prin studierea în paralel a psihopatologiei

timpului trăit, studiul isteriei în paralel cu studiul psihopatologiei relaţiilor interpersonale, al obsesiei - în cuplu cu psihopatologia libertăţii. E vorba în cele din urmă de o încercare de fundare a formelor clinice întîlnite în "mica psihiatrie", de depăşire a simplei înregistrări descriptive a unor modalităţi clinice (fobice, obsesive, isterice, depresive, astenice etc.) mai mult sau mai puţin "pure" prin încercarea de a găsi "raţiunea de a fi" a simptomului sau formei clinice, în însăşi trama structurală a personalităţii. In lucrarea de faţă vom urmări această problemă doar privitor la fobie şi spaţiul trăit.

III

Teza noastră se bazează pe studiul a 160 cazuri de fobici (majoritatea încadrabili în nevroza fobică, în orice caz făcînd parte din "mica psihiatrie") urmăriţi personal între 2 şi 5 ani. Metoda studiului clinic evolutiv a fost cea care ne-a ghidat. Am cules date despre pacienţii noştrii din toate documentele medicale (şi nemedicale) care consemnau date despre caz neobservate de noi nemijlocit, sau evoluţia cazului în antecedente. Pentru cazurile care fuseseră în evidenţa noastră cu un timp în urmă am procedat la o catamneză amănunţită. Materialul nemijlocit pe care l-am cules în legătură cu cazurile noastre a constat într-un studiu clinic şi ambulator, bazat pe observaţie, discuţie şi materialul informativ rezultat din psihoterapia individuală (între aprox. 30 şi 80 ore, eşalonate în timp, pentru peste 100 cazuri). In plus, la toate cazurile am procedat la studiul personalităţii prin psihodiagnosticul Rorschach. Acceptînd în principiu teza lui Jaspers (2), cum că în psihopatologie analiza detailată a unui caz tipic valorează mai mult decît o statistică bazată pe analiza stas, am considerat că studiul în extensie (adică studiul amănunţit şi detailat a cît mai multe cazuri tipice sau excentrice, urmărite în evoluţia lor de-a lungul anilor) este o metodă de prim rang în psihopatologie. Mate-

rialul clinic studiat de noi l-am supus şi unei analize statistice, din unele puncte de vedere. In concluzie, nu am aplicat vre-o metodă nouă de studiu psihopatologic; aportul studiului nostru constă - credem noi - în sensul analizei.

Cazuistica amintită mai sus este extrasă dintr-o cazuistică de aprox. 4oo cazuri, fişate şi urmărite similar, care cuprindea şi cazuri de obsesivi şi psihastenici, la care fobia era doar periferic prezentă în simptomatologie, şi la fel cazuri de "reacţii fobice" pasagere sau cazuri limitrofe psihozei dar emergînd dintr-o structură şi un context de trăire fobică a personalităţii. In studiul nostru vom face referinţă şi la aceste cazuri - care într-un fel încadrează cazurile "pure". De asemeni, vom face referiri la unele cazuri culese din literatură.

IV

In concluzie, am efectuat un studiu de psihopatologie clinică. Acest studiu, bazat pe analiza (şi utilizarea) unui matefial faptic clinic ne conduce în final la conturarea nevrozei fobice (şi a altor "figuri" din cadrul "micii psihiatrii" colorate fobic) ca modalitate posibil pură, distinctă de alte forme de nevroze, distincţie ce nu se fundează doar pe argumente psihanalitice. Analiza clinicii fobiei o facem în ultimul capitol al lucrării în care încercăm să aducem o contribuţie la problemă, nu numai prin fundamentarea nevrozei fobice ci şi prin maniera în care concepem taxonomia "micii psihiatrii".

Partea centrală a lucrării o considerăm însă capitolul de psihopatologie. In acest capitol urmărim în paralel psihopatologia fobiei cu psihopatologia spaţiului trăit, relevînd relaţiile dintre acestea. Utilizînd material de psihopatologie clinică vom descrie trei modalităţi în care fobia apare (ca fapt psihopatologic) în strînsă legătură cu alterarea spaţiului trăit.

Cele două capitole anunţate mai sus se cer precedate de un al treilea, care să precizeze sensul în care utilizăm unii

termeni în lucrarea de faţă; aceasta este o necesitate metodologică stringentă a oricărei lucrări ştiinţifice din zilele noastre. In afară de precizările şi delimitările semantice, capitolul despre care vorbim acum va fi un capitol analitic, care va aduce în desbatere unele probleme de antropologie care vor fi folosite în capitolele ulterioare. In speţă este vorba de abordarea constituirii şi circumscrierii spaţiului trăit, ceea ce ne va permite analiza modalităţilor de disoluţie a acestuia, fapt fundamental - considerăm noi - pentru psihopatologia fobiei.

Această parte de "analitică antropologică" are la prima vedere o mai mică legătură cu medicina şi prin forţa imprejurărilor, apare sub forma extragerii dintr-o problematică antropologică mai vastă şi coherentă a problemelor de care avem nevoe, de unde probabil un aspect disparat şi greoi al expunerii. Introducerea sa este însă absolut necesară.

x

x x

Lucrarea noastră nu aduce descoperiri în domeniul factologiei biologice; ea are însă - sperăm - o importanţă pentru psihopatologie (şi pentru clinica psihiatrică) şi prin aceasta, desigur, pentru medicină.

A N A L I T I C A

Frica şi spaţiul trăit în perspectivă antropologică.

Fiinţa umană conştientă, care-şi desfăşoară complexa sa existenţă în lumea în care este înserată, poate să-şi îndrepte atenţia şi asupra sa, să se abordeze şi pe sine, poate să transforme însăşi omul într-un obiect al preocupărilor sale. Această abordare, analitică şi reflexivă, face din om obiect al ştiinţelor şi filosofiei, ducînd la edificarea unei antropologii. Perspectivele antropologiei sînt multiple şi aici doar cîteva ne vor reţine atenţia.

Persoana umană are o structură complexă. Ea are nivele (paliere) ce se presupun unul pe altul şi se întreţes, are trăiri diferenţiabile calitativ ce se desfăşoară ca un flux, întreţesut cu o structură persistîndă. Persoana umană raportîndu-se la lume prin act şi limbaj relevă o structură spaţio-temporală proprie; ea se institue în lume, comunică cu lumea, se raportează la ansamblul acesteia şi cu osebire la lumea umană, la alţi oameni, la altul. Conştiinţa umană, subsumată şi ea corporalităţii umane, se afirmă prin reflexie şi libertate etc. Toate aceste probleme au importanţă şi pentru psihopatologie. In capitolul de faţă vom decupa şi desvolta unele aspecte ale acestei problematici, care ne vor servi în capitolele următoare.

I

Prolegomena pentru frică. Dimensiunea actuală a psihismului.

Frica se dovedeşte destul de greu de circumscris de îndată ce părăsim limbajul curent şi operăm cu o considerare analitică. Dacă ne aplecăm cu atenţie asupra realităţii, putem distinge următoarele trăiri, diferite de frică, dar gravitînd în jurul ei:

.. // ..

- Spaima, ca o trăire ce se instalează brusc drept consecinţă a surprinderii individului de către o informaţie cu o semnificaţie de secantă ameninţare existenţială, de periculos existenţial iminent şi nemijlocit.[x] In spaimă, persoana e redusă, din punct de vedere al trăirii subiectiv fenomenologice la trăirea semnificaţiei respective; din punct de vedere corporal întîlnim un stress global cu o descărcare critică neuro-endocrină realizînd vasoconstricţie periferică (cu paloare), transpiraţii (reci), horipilaţie, relaxarea sfincterelor, etc. Si muşchiulatura de relaţie se află într-o montură excentrică: "împietrire" de spaimă (deci hipertonie), "tăierea picioarelor" (deci hipotonie posturală) etc. Montarea corporală globală şi trăirea semnificaţiei - resimţită şi afectiv - fac "corp comun", ceea ce a şi permis dezvoltarea teoriei lui James asupra emoţiilor.

- Angoasa, care e o trăire resimţită afectiv şi exprimată corporal similar cu spaima dar unde nu informaţiile venind din lumea exterioară apar ca determinante ale trăirii, ci factori endogeni, interni.[xx]

---

x) Există un mod tautologic de definire a trăirii şi a semnificaţiei ce o determină şi care e propriu fenomenologiei: are semnificaţie de periculos şi amenințător existenţial informaţia care descifrată comprehensiv induce spaima şi invers, induce spaimă o informaţie cu o semnificaţie de periculos existenţial. E desigur posibilă şi o definire obiectiv ontică (aşa cum face de ex. Spinoza în Etica (3) sa): este rău pentru un individ (în cazul de faţă periculos) ceea ce contribuie la diminuarea formulării şi dimensiunii sale existenţiale (în cazul de faţă ceea ce conţine potenţial argumentele de distrugere, de anihilare a individului ca fiinţă). Cele două definiţii se completează reciproc.

xx) Un exemplu clasic al determinismului endogen al angoasei e considerată "trăirea iminenţei morţii" din angor pectoris. Ceea ce se trăieşte nu "e" frica de moarte", (ceea ce ar presupune o luare de atitudine) ci sentimentul unei iminente dispariţii. Angoasa e prin definiţie a-tematică (în sensul, propriu a termenului temă). Analitic vorbind, trebue să distingem două teritorii ale sistemului nervos, răspunzătoare de angoasa atematică (aşa cum apare ea prevalent în criza Kakon a lui Monakow (4): 1) pe deoparte avem zona bulbului unde se cumulează centrii vitali responsabili de homeostazie (în sens strict de menţinere a existenţei); interocepţia venind de la aparatul cardiovascular şi respirator perturbîndu-se semnalizează un "pericol vital" pentru sistem în ansamblu; 2) pe de altă parte mezencefalul şi substanţa reticulată a acestei zone culegînd informaţii în special de la labirint şi informaţii proprioceptive; căderea bruscă a nivelului informaţiilor proprioceptive şi excitaţia labirintică (deci primul front al sistemului

- Individul trăeşte o tensiune de aşteptare cînd o informaţie se institue brusc pentru conştiinţă ca un indice a unui eveniment important (şi posibil periculos), care se anunţă ca o apariţie posibilă. In acest caz, individul încordat, prospectează mediul înconjurător avînd toate sistemele receptoare şi efectoare montate pentru randament optim. Ceea ce se urmăreşte în această prospecţie nu e numai clarificarea sensului informaţiei ce se anunţă ci şi a locului şi modului precis în care ea urmează a se prezenta. Tensiunea de aşteptare (redusă uneori la un simplu reflex de orientare) este o trăire de scurtă durată dar ea se poate prelungii într-o tensiune exploratorie (cînd individul trece la explorarea unui teritoriu necunoscut, plin de primejdii potenţiale) sau într-o aşteptare anxioasă cînd informaţia ce se anunţă nu se diferenţiază semnificativ şi nici individul nu se montează activ. Aceasta din urmă se deosebeşte de tensiunea exploratorie prin pasivitatea aşteptării, aşteptare în care individul simte că nu mai e stăpîn pe prezenţa lui în lume şi "un ceva exterior" diluează soliditatea certitudinilor sale.

- O altă modalitate a cea a panicii. Să luăm în considerare situaţia prezenţei în întuneric. In acest caz apare o perturbare a fluxului informaţiilor ce vin din lumea externă ceea ce poate determina o tensiune de aşteptare sau o aşteptare anxioasă. Dar mai importantă decît aceasta pentru individ este conştiinţa lipsei posibilităţilor de acţiune, de utilizare a instrumentalităţii de ripostă prin act din cauza lipsei de repere exterioare, din cauza faptului lumea nu se mai prezintă ca o lume a acţiunii posibile. Această conştiinţă a ne-validabilităţii (sau infirmităţii) mijloacelor de acţiune în lume e o informaţie precisă, un dat cunoscut şi ea e gene-

---

antigrafific şi de acţiune) determină încă de la sugar reacţii expresive de tip angoasă.

Un nivel de integrare superior e desigur cel hipotalamo-diencefalic, ca suport pentru nivelul emotivo-impulsiv al persoanei. Desfăşurarea unor conflicte instinctive sau a unor derute motorii la acest nivel pot iradia în modelul mezencefalo-bulbar. Nivele integrative superioare modulează desigur în finete şi în legătură tematică modalitatea primitivă şi fundamentală a angoasei.

.. // ..

ratoare de anxietate-panică. Această informaţie poate fi sau fundal înscris în dimensiunea persoanei (de ex. la un individ cu un membru amputat la un hipogeuzic sau la un mare astenic) sau condiţie a unor modulări circumstanţiale a trăirilor. Astfel, dacă în momentul instaurării spaimei individul trăeşte ca o informaţie certă şi conştiinţa imposibilităţii de ripostă în faţa evenimentului ameninţător (deci conştiinţa că "nu mai e nimic de făcut şi trebue să se predea în faţa periculosului") atunci trăirea spaimei se transformă în trăirea groazei (sentimentul catastroficului). Individul mai poate trăi şi panica pur şi simplu, atunci cînd, avînd conştiinţa invalidităţii mijloacelor de acţiune, informaţia anunţată nu s-a clarificat semnificativ ca ceva periculos, dar vagul informativ e compensat de către individ prin "investire" (imaginar-fantastică) cu semnificaţie de acest tip.

Remontarea conştiinţei (ca un cîmp al conştiinţei angajate în act) după reducţia pe care o operează emoţia (spaima) se face în mai multe etape succesive.

In clipa spaimei, ansamblul a tot ceea ce individul ştie precum însăşi perceperea preajmei şi atitudinea sa faţă de aceasta sînt anihilate. In primul moment al revenirii după emoţia de spaimă, pentru persoana respectivă situaţia începe să se clarifice(să se structureze): respectivul percepe din nou preajma formată din obiecte distincte, aflate în anumite raporturi între ele şi în anumite raporturi faţă de individ; el îşi dă seama ce i-a provocat spaima, care informaţie s-a detaşat, ca o figură pe fond, sperîndu-l. Căci în însăşi "clipa" spaimei, fondul nu exista, informaţia cu pricina nu apărea într-un context ci făcea doar "corp comun" cu trăirea şi montarea individului.

Intr-o ulterioară etapă, individul iese din pasivitatea sa iniţială, din situaţia de om "surprins" de o semnificaţie, şi schiţează o soluţie, o rezolvare a situaţiei în care se află, In orice

caz trece într-o stare activă şi îşi formulează o intenţie-scop. In acest moment în care atitudinea individului faţă de situaţie s-a schimbat, în care el se resimte o fiinţă capabilă de acţiune şi montată corporal pentru aceasta, şi preajma apare deja altfel, mai pregnant, mai clar. Dar ceea ce e mai important, lumea înconjurătoare apare în acest moment ca un domeniu în care individul ar putea acţiona. Deci în individ se institue o disponibilitate de acţiune - iar preajma apare ca un cîmp al acţiunii posibile. In continuare, din ce în ce mai stăpîn pe situaţie, individul construeşte în grabă- mai mult sau mai puţin conştient - un algoritm al acţiunii posibile; deci ce va face, şi în ce ordine, pentru a rezolva situaţia periculoasă, pentru a atinge scopul pe care şi l-a formulat în acest sens. In acest moment şi preajma apare ca structurată mai detailat şi mai ales, clară din punct de vedere a posibilităţilor ce le oferă actului (fie el fugă sau ripostă - dacă é vorba de prezenţa unui agresor, fie alte modalităţi în alte situaţii). Preajma care în prima clipă nici nu exista, care în a doua apărea ca un fond pe care se detaşează o figură, se desvălue apoi nu numai ca un text vag descifrat ci ca domeniu în care se va desfăşura acţiunea, ca scenă potenţială a ei. Si doar la acest nivel lumea înconjurătoare apare ca structurată spaţial, deci nu numai ca obiecte corelate semnificat şi ordonate ci ca un spaţiu în care se va desfăşura viitoarea acţiune. Trăirea lumii ca spaţiu (de către o persoană umană) e inseparabilă de trăirea ei ca un domeniu al actului.

Urmează trecerea la actul desfăşurat efectiv, act centrat de o temă-scop (situaţia dorită). In îndeplinirea acestuia se utilizează informaţiile din preajma schimbătoare, din fondul mnezic precum şi informaţia inversă (atît cea care furnizează date despre funcţionarea organelor de acţiune cît şi cea care dă date despre îndeplinirea microetapelor algoritmice). Toate aceste informaţii sunt prelucrate pînă la atingerea temei-scop. Angrenarea în acţiunea efectivă (şi posibilitatea desfăşurării sale pînă la capăt) dau orizontul

şi dimensiunea de actual a persoanei conştiente, structurează conştiinţa ca un cîmp al prezenţei actuale la lume prin act şi reprezintă suportul trăirii temporalităţii.

Filmul reinstalării cîmpului de conştiinţă după reducerea sa la axul trăirii semnificaţiei (în emoţie), ne dă o structură a acestuia care poate fi studiată amănunţit după două metode: analiza fenomenologică şi modelarea cibernetică.

Fenomenologia a ridicat problema "actualităţii" conştiinţei. Din punct de vedere al conştiinţei prezentul este oare punctifom? Fenomenologia răspunde negativ la această întrebare: prezentul conştiinţei "durează", are dimensiune şi structură precum şi calităţi deosebite faţă de trecutul şi viitorul persoanei conştiente. Aceste fapte au fost studiate de către psihopatologi şi au importanţă pentru psihopatologie.x) Intr-o recentă lucrare de sinteză fenome-

x) Problema persoanei conştiente ca actualitate şi problema prezentului prihic s-a născut şi s-a elaborat în urma discuţiilor post-Bergson-iene din deceniul III-IV despre durată şi timpul antropomorf. Eforturile erau îndreptate înspre circumscrierea prezentului, trecutului şi viitorului ca timpuri trăite, ca aspecte calitative deosebite ale duratei umane. O contribuţie importantă în acest domeniu a avut-o psihopatologul E.Minkowski (5, 6, 7, 8, 9, 1o). Minkowski descrie trecutul, prezentul şi viitorul ca trei moduri calitative diferite ale timpului trăit: timpul fuge, se scurge, nu mai este, a fost (trecut), el durează (prezent) şi progresează avînd un sens şi creind (viitorul). Prezentul se află între trecut şi viitor nu ca un loc geometric ci ca o modalitate calitativă. Prezentul ce durează se caracterizează prin penetraţie (în raportul dintre persoană şi realitate) prin simpatie şi contemplare (în acelaşi raport). Prezentul nu are limite fixe, nu este doar un "acuma", el este o parte de timp un acuma desfăşurat situat pe acelaşi plan cu activitatea şi aşteptarea. Prezentul înseamnă a se "opri" asupra lumii (nu a fi oprit) şi în această "întîrziere" asupra realului, a lumii în prezent, realul e "penetrat", "gustat" - dacă rămînem la suprafaţă, dar putem merge şi în profunzime fiind "atenţi" la lume; atenţia ţine totul într-un prezent etc.etc. Din perioada în care Minkowski îşi elabora punctele de vedere, chiar fenomenologia s-a dezvoltat. In text menţionăm punctul de vedere sintetic al lui H.Ey, care, încercînd să răspundă la problema: ce face ca prezentul să aibe durată, prin ce se dimensionează prezentul trăit ca un actual, aduce în discuţie problema actului ca structurant al actualului. Prin aceasta perspectiva fenomenologică se apropie de cea cibernetică, aşa,cum vom sublinia în continuare. Am mai vrea să facem remarcă cum că, în studiul omului, în antropologie, în afară de fenomenologie şi cibernetică mai avem multe alte metode şi perspective care ne ajută să descifrăm complexitatea fiinţei umane. Astfel, numai în ceea ce priveşte problema trecutului, prezentului şi viitorului, o perspectivă interesantă poate rezulta din cercetările de psihologie experimentală ale lui Piaget asupra inteligenţei. In una din ultimele sale cărţi Piaget (11) circumscrie memoria ca un limbaj şi o inteligenţă a trecu-

nologică, H.Ey, bazîndu-se pe vastele şi îndelungatele sale cercetări de psihopatologie, descrie următoarea structură a "cîmpului de conştiinţă (infrastructura conştiinţei constituită în cîmp):

a) cîmpul circumscris şi orientat prin sensul său

b) cîmpul ca scenă a actualităţii trăite, "ca un mediu al raportării ... ca o disponibilitate de spaţiu necesar desfăşurării acestei reprezentaţii.

c) cîmpul ca un cîmp al prezentului şi prezenţei: "a fi prezent la lumea sa, constă de fapt în a organiza prezentul ca o situaţie în care se angajează o acţiune (dinamismul care face din actualitate un act)".

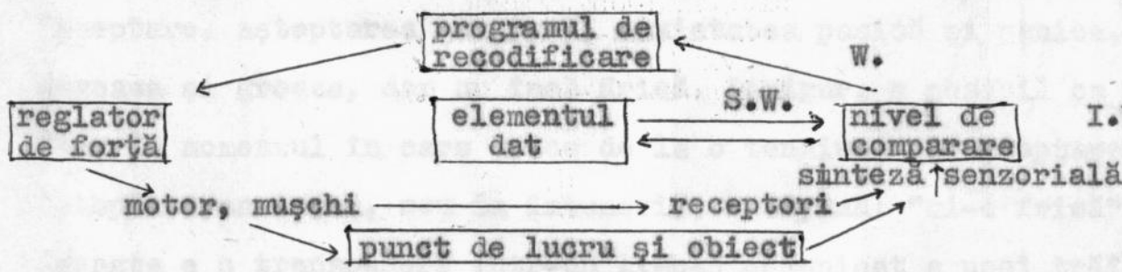
Fenomenologia rămînînd o metodă originală şi importantă de studiu a persoanei umane conştiente, nu exclude alte metode de cercetare în acest domeniu. Astfel ea nu exclude cibernetica x) ci dimpotrivă, prin factologia ce o prezintă, poate furniza material prim pentru modelări cibernetice. Pe de altă parte, modelele cibernetice nu numai că pot fi utilizate la transpunerea şi studiul actului uman

---

tului. Pornind de aici, se poate privi fiinţa umană inteligentă ca abordabilă din trei perspective: inteligenţa trecutului-memoria, inteligenţa prezentului-inteligenţa pragmatică, inteligenţa viitorului-imaginarul (Prof.E.Pamfil).

x) Ceea ce ne interesează e în primul rînd cibernetica , ca metodologie (18, 19, 20, 21, 22, 23, 24) ca posibilitate de modelare a comportamentului finalizat şi deci a actului uman. Nu uităm desigur

voluntar, ci în acest domeniu cibernetica este în însăşi inima problematicii sale. Couffignial spunea: "cibernetica = arta de a face acţiunea eficace"(13). Se poate vorbi într-un anumit sens de "funcţia cibernetică a psihismului" (Prof.E.Pamfil). In general, cibernetica se preocupă de modelarea oricărui comportament teleologic eficace. Aşa de ex. structura actului uman voluntar se poate modela în următoarea schemă a comportamentului activist (după Bernstein) (14, 15, 16, 17).



Schema de mai sus s-ar traduce pe scurt astfel: pentru realizarea elementului dat (a scopului), creerul crează o premiză orientativă sub forma "viitorului de care avem nevoie", a viitorului trebuincios, în raport cu care se face o programare care e o interpolare între situaţia prezentă (I.W.) şi ceea ce trebue să devină ea conform interesului individului (S.W.); se obţine astfel o sarcină motorie care e determinantul şi organizatorul actului voluntar în funcţie de care se face programarea acţiunii, corectarea şi adaptarea pe parcurs (eventual reprogramarea din mers dacă e nevoe).

Cibernetica se ocupă de ceea ce e comportament finalizat în psihismul uman şi prin aceasta domeniul său de aplicare e prin excelenţă dimensiunea actuală a psihismului; în plus, ea analizează tot ceea ce e standardizabil şi obiectivabil în psihismul uman, tot ceea ce poate fi transpus într-o analogie formulabilă exhaustiv. Fenomenologia se ocupă şi de ceea ce e nuanţare şi nestandardabilitate în psihism, ea foloseşte nu numai analogia ci şi desţifrarea. In domeniul actualului cîmpului de conştiinţă, cele două metode se intersectează şi se completează.

Revenind acum la cîmpul de conştiinţă structurat, notăm că emo-

şterge, anihilează, atît temporalitatea ca dimensiune actuală trăită cît şi spaţialitatea lumii pentru individ; doar refacerea, remontarea cîmpului de conştiinţă într-o modalitate plenară, reface şi remontează din punct de vedere psihic fenomenologic şi respectivele structuri spaţio-temporale.

II.

Frica şi palierele psihismului.

Pînă la acest nivel al discuţiei am întîlnit tensiunea de aşteptare, aşteptarea anxioasă, anxietatea panică şi panica, spaima, angoasa şi groaza, dar nu încă frică. Desigur, e posibil ca un individ, în momentul în care trece de la o tensiune de aşteptare la o aşteptare anxioasă, sau în întuneric, să spună: "mi-e frică". Dar aceasta e o transpunere într-un limbaj comunicat a unei trăiri nemijlocite ceea ce înseamnă deja o luare de distanţă faţă de aceasta, o considerare. De asemenea, după trăirea unei spaime, un individ îşi poate aminti sau poate formula: "ce frică mi-a fost!". Dar şi în acest caz avem o considerare-relatare a trăirii-eveniment. De asemenea, se poate formula, ca o expresie de data aceasta nemijlocită a trăirii unei eveniment: "mi-e frică de examenul de mîine, mi-e frică de persoana X!", "mi-e frică de cîinele vecinului!". Dar şi în aceste cazuri frica se referă la eventualitatea neactuală a unui eveniment mai mult sau mai puţin clar formulat şi plasat în timp sau spaţiu. Formulările de ordin general: "mi-e frică de cîini!", "mi-e frică de oameni beţi!", se referă la acelaşi plasare într-un domeniu considerat. In general, frica se desfăşoară în dimensiunea persoanei în care evenimentul trăit poate fi considerat şi transformat în temă, deci într-o dimensiune a persoanei conştiente "trans-actuală", cu o distanţare faţă de trăirea-eveniment ce reduce persoana sub dimensiunea actualului cîmpului de conştiinţă. Frica e prin excelenţă frica de o temă în care evenimentul e metamorfozat şi lumea (la fel ca şi persoana) se prezintă în alte orizonturi, altfel structurată decît în emoţie. E vorba de fapt de o desfăşurare la un alt palier al psihismului.

In paragraful precedent am discutat despre o "dimensiune actua-

lă a psihismului; adică despre persoana umană conştientă privită din punctul de vedere al actualităţii cîmpului de conştiinţă. Se mai poate aborda însă persoana umană conştientă şi ca entitate. La acest nivel, ceea ce contează nu e structurarea sa în raport cu lumea în actualitate ci reprezentarea de ansamblu despre lume a respectivei persoane, ansamblul concepţiilor sale despre lume (deci Weltbild-ul şi Weltanschaungul său), structura conştiinţei sale morale şi felul cum trăieşte sensul vieţii, expresivitatea sa nu la un moment dat ci ca o structură relativ stabilă (caracteriologie, fisiognomie) nivel intelectual, valoare personală etc. Ultimul aspect menţionat relevă desigur problema evaluării, considerării persoanei ca apariţie în ochii altuia, a altora, a grupului social; deci judecata de valoare despre persoana respectivă, opinia, caracterizarea. Mergînd mai departe în aceaşi direcţie, persoana ca entitate poate fi considerată ca element al grupului social, al umanităţii, a umanului în general, devenind deci problemă pentru sociologie, drept, morală, filosofie (antropologie filosofică) etc.

Si perspectivă persoanei conştiente ca prezenţă actuală şi cea care o abordează ca o entitate, dau o imagine structural sincronă asupra persoanei şi nu una diacronă. Ele nu abordează, de ex. o problematică de tipul soartei ulterioare a unui eveniment trăit. Să ne oprim de aceea puţin asupra acestui palier al persoanei conştiente aflat între cele două menţionate pînă aici.

Un eveniment trăit, să spunem o emoţie de spaimă, în funcţie de importanţa şi semnificaţia sa pentru persoană, de structura acesteia şi de starea sa de moment, poate avea o soartă ulterioară variată.

- poate fi integrată mnezic în mod calm, ca amintire (cunoaştere şi experienţă relatabilă).

- poate parazita un timp cîmpul de conştiinţă ca ceva neplăcut de care individul conştient ar vrea să scape (deci la modul obsesiv) pentruca apoi, la modul "amfibiu", să fie cînd conştient parazitant

cînd preconştient.

- poate fascina pentru un timp cîmpul de conştiinţă şi sistemul preocupărilor pacientului ca temă prevalentă.

- poate să se instaureze preconştient, niciodată clar prezent în cîmpul de conştiinţă dar nici metabolizat şi clasat mnezic, rămînînd deci o temă-model ce încarcă fundalul psihismului; de aici, aceasta poate interveni fie specific (ca modalităţi privilegiate pe care se "cade" în momente critice), fie nespecific cînd, alături de alte similare evenimente-teme cumulate încarcă şi modifică acest fundal, astfel că individul reacţionează anormal la evenimente trăite care prin ele însile nu justifică respectivele reacţii.

- un eveniment trăit foarte intens poate realiza o mutaţie, o ruptură, o cotitură în continuitatea existenţei individuale.

Domeniul în care, în interiorul persoanei, trăirile "actuale" au aceste posibilităţi de metamorfoză şi evoluţie, reprezintă tocmai palierul plasat <u>între</u> persoana ca entitate (şi conştiinţă morală) şi persoana ca prezenţă actuală (şi cîmp al conştiinţei actuale). In general, psihologia dezvoltării (a ontogenezei psihice realizate prin intermediul maturării organismice, a relaţiilor cu altul şi cu lumea) nu poate ocoli faptul că persoana conştientă se formează într-un anumit fel, cu un anumit fond mnezic tocmai cu ocazia depăşirii şi integrării trăirilor actuale, a situaţiilor şi evenimentelor actuale în care individul este angajat şi care sunt structurante.

Dintr-o altă perspectivă, ceea ce se validează prin intermediul cîmpului de conştiinţă actual (prin trăirea, actul şi limbajul respectiv), nu e nemijlocit persoana ca entitate; aceasta e doar o limită, o ipostază a ansamblului organizării structural dinamice a personalităţii. Conştiinţa ca un cîmp al actualităţii e de distins nu numai de persoana conştientă ca entitate ci şi de un al treilea domeniu, intermediar şi anume:

<u>Domeniul (palierul) psihismului ca dramă</u> (în sens de desfăşurare, aşa cum înţelegea Politzer psihologia) şi <u>a psihismului consideră-</u>

rii, a psihismului angajat ca sistem referenţial. Acest palier se desvălue ca fiind circumscris de:

- prelucrarea intrapsihică a temelor ce semnifică evenimentele trăite ca actuale (deci elaborarea experienţei)

- lumea atitudinilor, dispoziţiilor şi reprezentărilor de bază ca punct de referinţă pentru elaborarea motivaţională; şi pornindu-se de la această elaborare, desfăşurarea unei activităţi.

Frica îşi începe cariera la începutul acestui domeniu acolo unde trăirea actuală începe să devină temă considerată, mod privilegiat al raportării individ-lume; frica realizează o structurare în acest din urmă palier al psihismului. Tot ceea ce este trăire acută (ca spaima, angoasa, groaza, panica), poate fi punct de plecare, argument al unei anumite structurări a atitudinilor, dispoziţiilor şi reprezentărilor de bază, cu anumite locuri nodale şi puncte critice ale psihismului ca dramă, realizîndu-se astfel, frica.

Dar, la fel cum faţă de cîmpul conştiinţei actuale ca deplin structurat, emoţia-spaima realizează o destructurare, şi frica operează în dimensiunea psihismului ca dramă o anumită distorsiune cu viciera trăirilor integrative pe acest palier care nu se mai desfăşoară plenar.

In ceea ce priveşte palierul psihismului ca entitate, se poate spune că o anumită structurare ontogenetică a conştiinţei morale, a reprezentării şi concepţiei despre lume, poate fi punctul de plecare a unui anumit "orizont fobic" care, în cele din urmă se validează tot în palierul mijlociu al persoanei.

Discutînd despre diverse paliere ale psihismului procedăm desigur la o discuţie "dinafară" asupra personalităţii. Din perspectivă subiectivă şi frica şi orizontul fobic fac parte din actualitatea trăirii, se realizează prin intermediul cîmpului de conştiinţă care devine în aceste cazuri o cale de acces.

.. // ..

III

Gama fricii, anxietăţii şi a depresiei.

Fiind într-un capitol de considerare analitică vom continua să urmărim distincţiile necesare, nu numai ca un "dicţionar" al lucrării ci ca elemente constitutive ale "grilei" de abordare a personalităţii.

O formulare clasică (Janet) defineşte anxietatea ca o frică fără obiect. Această formulare merită o scurtă analiză.

In primul rînd credem că trebue să discutăm despre o 2 gamă" a fricii şi o gamă a anxietăţii, cu forme prezente pe toate cele trei paliere ale psihismului menţionate de noi. Pentru gama fricii putem nota pe primul palier trăirea spaimei şi a groazei, pe al doilea trăirii fricii (fobia) şi pe al treilea, orizontul fobic. Pentru gama anxietăţii am putea nota; pe primul palier trăirea angoasei, pe al doilea aşteptarea anxioasă şi anxietatea panică şi pe al treilea, neliniştea şi anxietatea existenţială (în mod simplist şi convenţional, al treilea palier l-am putea rezuma la temperament şi caracteriologie deşi e vorba de o problematică mult mai vastă).

Vorbind un limbaj abstract, care să poată fi punct de plecare atît pentru o modelare cibernetică cît şi pentru o analiză fenomenologică, am putea spune că angoasa reprezintă o criză a unui sistem activ aflat în comunicare cu lumea. In această criză, deşi informaţiile pot sosi normal - toate canalele informative fiind integre - se află în criză însăşi sub-sistemul ce le integrează, adică coordonatele şi axele centrale care definesc sistemul şi fac ca o informaţie să aibe o semnificaţie pentru el. Lumea rămîne prezentă ca o sursă uniformizată de informaţii dar ea nu mai are semnificaţie şi valoare pentru individ, pentrucă sistemul-individ nu se mai resimte pe sine ca un loc, ca un centru stabil din care să plece raportarea semnificativă faţă de lume şi actul. In măsură în care sistemul se poate resimţi,

referenţial care-l defineşte ca un "ceva" în raport cu lumea, trăieşte iminenţa aneantizării sinelui, iminenţa morţii. "Angst ist immer Todesangt" (Klages).

Pe palierul mijlociu, în gama anxietăţii, nu numai că lumea se prezintă sărăcită (frustrată) informativ, vagă, incertă, dar ea nici nu polarizează individul, nu i se poate impune cu pregnanţă, nu-l poate reţine. Trăind gama anxietăţii subiectul se resimte ca prezenţă ameninţată cu dispariţia şi ceea ce contează este el în faţa dispariţiei, el ca dispărînd şi nu lumea organizată tematic şi care ar putea ocaziona această dispariţie; tema propriei dispariţii impinge pe planul doi temele lumii.

Acelaşi lucru s-ar putea spune în legătură cu trăirea anxietăţii pe palierul persoanei ca entitate. Anxietatea se impune individului ce reflectează atunci cînd el se pune pe sine în raport cu neantul sau infinitul (dar această problemă priveşte mai mult antropologia filosofică decît psihopatologia).

Spre deosebire de ce se întîmplă în anxietate, formele fricii sunt totdeauna modulate tematic variat. Dar pornind dinspre gama anxietăţii, trecerea la o temă, căderea, priza (în fobie) pe o semnificaţie cristalizată, este în primul rînd instituirea unui "referenţial". Tema, informaţia, conţinutul fobiei sunt puncte de sprijin, sunt, în raport cu anxietatea, revenirea la o înrădăcinare într-un topos al lumii; căci lumea, coagulîndu-se în fobie pe o semnificaţie, se reinstalează şi ca loc-domeniu, prolog al reinstalării sale spaţiale.

Dacă privim acum din perspectivă opusă, se ajunge de la trăirea normală a lumii la fobie printr-o privare a simbolului de "spaţiu de desfăşurare" (de trans-cendere, în sens etimologic). Obiectele lumii, în calitate de simboluri, au o potenţialitate de trimitere (în raportarea conştient intelectuală la ele) dincolo de ele ca realitate nemijlocită; au o posibilitate de mijlocire prin semnificaţii şi prin includerea lor în act. La fobic, simbolurile pierd acest spaţiu

funcţional, se apropie de individ, se năpustesa asupra sa, devin cauzale (Prof.E.Pamfil).

Anxietatea ca trăire a unui desechilibru e mereu vectorializată, trăirea sa împinge mereu spre altceva. Anxietatea poate fi depăşită printr-o reechilibrare a persoanei, echilibrare care la om înseamnă dinamism, proţecţie, angajare şi sens (şi nu simplă menţinere a unui statuo qvo). Acest echilibru poate însemna nelinişte, nelinişte intrinsecă oricărei alegeri şi poecţii, pe cînd anxietatea înseamnă criză descentrantă cu trăirea la modul pasiv şi imposibilitatea proectului. In raport cu anxietatea, structurarea fobică e o echilibrare nereuşită, avortată, dar totuşi o echilibrare. In acest sens a şi fost interpretată fobia ca o soluţie surogat pentru anxietate" ("liber flotantă"). Dar această migrare posibilă nu alterează originalitatea trăirilor anxioase în raport cu cele fobice.

Anxietatea mai poate fi comentată şi alături de depresie, de care e desigur apropiată prin unele trăsături. Şi în depresie - la fel ca în anxietate - dar spre deosebire de fobie, lumea exterioară (şi lumea în general) contează puţin. Dar în raport cu anxietatea care apare ca un proces, depresie apare în primul rînd ca o stare, ca un rezultat. Depresia se realizează atunci cînd persoana conştientă (corporal-psihică) e amputată în dimensiunea sa, circumscrisă în "inventarul" (avutul) său. Ori această amputare poate fi şi "sufocantă", de unde posibilitatea combinării depresiei cu anxietatea (angustia vitalis a lui Lopez Ibor). Prin dezinteresul faţă de lume, depresivul se deosebeşte de fobic. Pentru depresiv lumea nu are pregnanţă, diferenţieri, reliefuri, structurări în zona libere şi zone tabu ca în fobie. Dezinteresul faţă de lume al depresivului e un dezinteres faţă de lume ca un cîmp al acţiunii posibile şi prin aceasta faţă de lumea ca spaţiu; ori pentru fobic, tocmai aceasta contează.

In concluzie, în afară de grila palierelor psihismului, în considerarea analitică a trăirilor persoanei umane intervine şi o

.. // ..

grilă calitativă în care anxietatea, fobia, depresia etc. sunt moduri distincte ale trăirii care, cînd devin dominante, structurează într-un anumit mod timpul trăit, spaţiul trăit şi în general lumea trăită. Spunînd toate acestea nu uităm că realitatea e mai sincretică decît imaginea analitică prezentată de noi aici.

IV

Persoana (corp - psihism) ca domeniu, lumea şi spaţiul.

Emoţia e o situaţie limită a existenţei persoanei umane conştiente care apare ca un accident pe fundalul acestei existenţe, persoana reinstalîndu-se ulterior cu palierele de nivel şi complexitate succesivă, cu dimensiunile sale, distanţîndu-se de respectivul eveniment trăit, transformîndu-l într-un "inventar" mnezic şi relatabil. La un pol opus - dar simetric - cu emoţia avem evenimentul trăit al inspiraţiei, tot modalitate existenţială limită, care însă "coagulează" persoana pe o "temă - soluţie" ce ulterior se desfăşoară în lumea ca spaţiu într-un act crono-genetic. In inspiraţie, spre deosebire de emoţie, centrarea se realizează "din interior". Vorbind de inspiraţie, aici nu ne referim doar la momentele privilegiate ale geniilor ci la inspiraţie ca act de psihologie curentă a gîndirii şi existenţei active, prezente în lume. Si visul, din somn, ca o desfăşurare a imaginarului la limita conştiinţei structurate în cîmp, e tot o trăire realizată cutumier, înscrisă ca o condiţie în trama existenţei conştiente. Si la fel fenomenele fascinatorii (de la modalităţile simple legate de fascinaţia din biologie şi pînă la cele diferenţiate, realizate de psihologia masei şi de hipnoză). Trăirea unui eveniment emotiv, creativ, oniric, fascinator sugestic, toate sunt faţete şi extremităţi ale existenţei obişnuite ale persoanei umane conştiente. Existenţa lor relevă, prin etapele pe care psihismul le parcurge pentru reinstalarea sa în formele plenare, însăşi structura acestui psihism ce se denudează în situaţii limită şi se reîmbracă apoi cu veşminte obişnuite. Aceste etape sunt în principiu cele menţionate

cu ocazia discuţiei despre emoţie (p.12,13) dar aceeaşi structură o regăsim pe toate palierele. Si acest fapt arată că din perspectivă psihologic-fenomenologică spaţiul apare pentru individul conştient la un anumit nivel, mai precis acolo unde se instituie lumea ca un cîmp al acţiunii posibile. Această afirmaţie se cere argumentată printr-o analiză, mai largă a realităţii persoanei umane conştiente şi a problematicii spaţiului.

Intr-un mod foarte general putem spune că - din punct de vedere psihologic - avem situaţia ireductibilă a unui subiect ce se află în faţa unui obiect. Atît doar că subiectul despre care e vorba e subsumat unui corp, mai precis e subordonat corpului uman real; iar obiectul despre care vorbim este lumea în întreaga sa complexitate. Psihismul conştient nu este o entitate abstractă ci apare chiar pentru sine, chiar în propria reflexie ca înrădăcinat (şi emanînd din) propriul corp, care, la rîndul său este un obiect al lumii. Polarizarea subiect obiect apare de fapt ca o polarizare între domeniul persoanei ca unitate corp-psihism şi domeniul lumii. Vom folosi termenul de "persoană conştientă" pentru a circumscrie această realitate unică (într-o abordare monistă) a corpului - psihism.[x] Cele două domenii menţionate se pot prezenta în diverse grade de complexitate. Ne vom referi deocamdată la domeniul persoanei conştiente. Aceasta are şi ea două structuri sincrone după care se organizează şi anume: 1) raportarea la "lumea-obiect" şi 2) raportarea la semen. Vom examina deocamdată primul aspect.

In "momentul" inspiraţiei, ideia sau soluţia ce apare e trăită de individ ca aparţinîndu-i şi ca emergînd din el, din interioritatea

x) Dualismul cartezian între corp (res extensa) şi psihism (res cogitans) deşi cîteva secole a fost un important motor al dezvoltării ştiinţelor fizicale, nu mai poate face faţă azi pretenţiilor unei antropolgii ce se afirmă de la început ca unicistă. Formula discursivă corp-suflet e o conjuncţie terminologică de conjunctură. In considerarea persoanei umane drept unice şi unitare pot fi utilizate desigur unele sugestii thomiste, dar noua construcţie a unei personologii se va pretinde neapărat dialectică(26).

şi intimitatea sa (spre deosebire de ceea ce se întîmplă în automatismul mental). ~~In mod similar, individul resimte ca aparţinînd automatismului mental.~~ In mod similar, individul resimte ca aparţinîndu-i şi actul efectiv desfăşurat în lume cu ajutorul organelor sale precum şi produsul, rezultatul actului său în sens larg.

Corpul propriu resimţit, imaginea propriului nostru corp (cum spunea Ihermitte) schema corporală - şi pornind de aici întreaga persoană - apare ca un domeniu definit în primul rînd prin coeziune limite şi apartanenţă iar în al doilea rînd printr-o ordonare şi o structurare pornind de la un ax. Dacă ne referim la persoana actantă, acest ax e format desigur de schema corporală şi trăirea cenesteziei corpului. Experienţa treningului autogen (27) demonstrează cum de-mundanizarea sistematică şi deliberată duce pe prim plan al trăirii corporalitatea organismică, în primul rînd ca tonus al muşchiulaturii de relaţie şi apoi ca viscerali tate resimţită; şi la fel că, această trăire a corporalităţii poate fi un locus-ecran pentru proecţia imaginarului. Deci nu un punct matematic ci un sistem de coordonate, un domeniu în care se înrădăcinează şi afectivitatea şi imaginarul.Experienţele de deprivare senzorială acută (28, 29)(deci şi cu fixare şi imobilizare posturală) demonstrează cît de insuportabil-angoasantă devine pentru individ trăirea în care, în lipsa informaţiilor exterioare, e anihilat şi sistemul proprioceptiv - şi în cele din urmă schema corporală - ca referenţial posibil, deci ca locus de înrădăcinare a psihismului, ca sistem de coordonate, zonă şi domeniu de emergenţă pentru actul intenţional. Cei supuşi experienţelor nu le suportă mai mult de 6 ore iar imaginarul se deslănţuie halucinator, ca o tendinţă compensatorie. In experienţele de depri/vare senzorială prelungite, probanţii se mişcă mereu îşi pun permanent în stare de activitate muşchiulatura şi imaginarul mnezic, ca fundamente ultime care circumscriu un locus, un domeniu de înrădăcinare pentru persoană. Experienţele cu psihodisleptice (3o) arată cum pe fondul trăirii depersonalizării, a tulburărilor timice şi conative, a tulburărilor de

schemă corporală, apar tulburări importante ale trăirii spaţiului şi timpului.

Domeniul proprioceptivităţii şi al cenesteziei ca puncte de plecare - şi schema corporală ca primă schiţă construită - reprezintă desigur axul referenţial şi în acelaşi timp locul de înrădăcinare[x] pentru trăirea resimţită a propriului eu, a propriei persoane. Dar pornind de aici, persoana umană conştientă îşi resimte întreaga corporalitate şi între psihismul ca fără fisuri şi fără discontinuităţi deci ca un continuu şi în acelaşi timp ca aparţinîndu-i. Temporalitatea trăită (ca durată) e resimţită de subiect ca un continuu. Există în normalitate un sentiment al persistenţei în timp a eului ca fundal identic cu sine peste care se suprapun metamorfozele. In acelaşi timp trecutul ca fundal mnezic (şi la fel prezentul şi viitorul proectat) e trăit de subiect ca aparţinîndu-i, ca fiind al său sau emergînd din sine. In privinţa extinderii în spaţiu, trăirea continuităţii şi

x) Cu mult înainte de a se fi dezvoltat o concepţie filosofică diversificată despre spaţiu, Aristotel (în Fizica (35) sa) a redus analiza spaţiului la analiza locului (Topos). Pentru Aristotel, locul era "limita" imobilă nemijlocită a învelişului unui corp". Din această teorie a locului, partea cea mai importantă ne pare legată pe de o parte de sublinierea dimensiunii, amploarei, extremităţii locului care, coextensiv lucrului, nu e un punct matematic("locul există împreună cu lucrul căci împreună cu lucrul limitat e şi limita"), pe de altă parte sublinierea faptului că locul (şi deci spaţialitatea) pot fi definite doar într-un raport ("corpul care are alt corp exterior care-l învălue este într-un loc, iar cel care nu are un alt corp exterior care să-l învălue nu este în nici un loc"). In altă formulare lapidară a lui Aristotel, locul este "limita corpului care conţine".Aristotel fundamentează de fapt aici topologia ca cea mai primitivă formă de spaţiu. El discută şi problema continuităţii ca definind corpul-loc în raport cu problema contiguităţii (a contactului unor lucruri separabile) necesară formulării locului (spaţiului topologic) prin raport de învăluire şi continuitate. Aristotel nu analizează însă problema raportului dintre continuu şi apartanenţă şi nici problema actului ca generator de spaţiu (ci numai problema raportului şi aceasta pentrucă el discută numai despre topos-loc). Dar ideea că locul e coextensiv corpului (definit prin limitele sale statice) şi deci implicit că defineşte un domeniu, ne pare o idee profundă care nu numai că o acceptăm dar o vom şi utiliza în expunerea noastră.

.. // ..

trăirea lui "a avea" comportă o distincţie specială.

Persoana ca domeniu, privită din perspectiva apartanenţei are amploarea dimensiune, extindere. Corporalitatea unui organism uman conştient nu se termină la epidermă, mucoase şi fanere (32). Imbrăcămintea face şi ea parte din corp, schema corporală o integrează după o prealabilă "metabolizare" şi lezarea ei echivalează cu o lezare corporală. Mergînd mai departe, casa familiară este o apartanenţă ce prelungeşte corporalitatea organismică. Dar casa, locuinţa proprie, care pentru individ poate fi trăită la un moment dat ca o prelungire şi limită a sa, ca o nouă epidermă, - rămîne pe loc cînd individul o părăseşte. Prin aceasta ea rămîne totuşi o apartanenţă a individului, ceva de care el este "legat" prin nenumărate fire invizibile. Căci apartanenţa şi ataşamentul se întreţes mereu. In acest sens, întregul "inventar" şi întreaga "avere", tot ceea ce individul resimte ca aparţinîndu-i intră într-un acelaşi regim. Individul uman poate fi lezat prin lezarea "averii" sale. Această apartanenţă a "inventarului propriu" nu este însă de domeniul continuului în sens de proximitate şi vecinătate nemijlocită, ~~necontiguë~~(deci în sens topologic) decît pînă la o limită, fiind în schimb - într-un anumit sens - de domeniul "claselor de apartanenţă". Orice, lezare amputare şi frustrare a acestei apartanenţe duce la o stare depresivă (sau anxios-depresivă).

In raport cu această apartanenţă care defineşte "corpul uman în sens larg", spaţiul trăit se defineşte neapărat într-un domeniu al continuumului topologic. Spaţiul trăit al unei persoane ancorate în lume se prezintă ca un continuum care-l învălue şi în care acţiunea proprie este posibilă. Deci un continuum avut în stăpînire şi manevrabilitate. In această accepţie, adică privit din perspectiva continuumului, spaţiul trăit se poate fisura, poate suferi o efracţie, poate dispare etc.

Piaget (33, 34) a făcut pentru prima dată distincţia între operaţiile infralogice avînd ca fundament continuumul topologic al contactului (şi care sunt constitutive ale spaţiului, timpului şi

obiectului în percepţie şi reprezentare) şi operaţiile logico-aritmetice care funcţionează cu obiecte distincte şi constituite deja, cu clase de obiecte, între care se stabilesc asemănări, deosebiri, asimetrii, relaţii numerice şi operaţii inductivo-deductive. Pentru aceasta din urmă nu e dată ca o condiţie necesară continuitatea în sens de vecinătate, proximitate topologică.

Apartenenţa inventariului propriu - aşa cum semnalam mai sus - trebuie considerată ca o realitate originală, intermediară între:

- lumea continuumului (a operaţiilor infralogice) de care e distinctă pentrucă inventarul e format din obiecte distincte şi
- lumea operaţiilor logico-aritmetice care funcţionează cu obiecte distincte dar neutrale, strict obiective în raport cu individul.

Privind dintr-o perspectivă statică "corporalitatea în sens larg" ne apare ca fiind coextensivă inventarului persoanei. Atunci cînd privim însă dintr-o perspectivă dinamică, de raportare activă a individului faţă de lume, "cîmpul acţiunii posibile" pe care-l delimitează din lume persoana, face şi el "corp comun" cu aceasta, fiind în acelaşi timp constitutiv de spaţiu (în sensul de continuum topologic ce se prelungeşte de la "corpul ca domeniu" în lume).

Revenind pentru a conclude, am putea spune: Corpul propriu, resimţit ca lume vegetativă, tonică şi ca schemă corporală, este doar un locus şi un punct de plecare. De îndată ce lumea exterioară este vizată într-o intenţie de act, şi corpul e trăit ca instrument al acţiunii posibile. In această ipostază, corpul devine locul-domeniu în raport cu care "realitatea-preajmă" este ordonată şi în această ordonare apare spaţiul trăit, ca un implicat al fenomenalităţii actului proectat şi ulterior desfăşurat. Spaţiul trăit se defineşte în acest raport dintre subiectul corporal-organismic angajat în acţiune şi lumea ce apare ca un text în desfăşurarea dinamică. El este o dimensiune a actului, face parte din sistemul de coordonate pe care diastola acţiunii şi-l realizează ad-hoc.

obiectului în percepţie şi reprezentare) şi operaţiile logico-aritmetice care funcţionează cu obiecte distincte şi constituite deja, cu clase de obiecte, între care se stabilesc asemănări, deosebiri, asimetrii, relaţii numerice şi operaţii inductivo-deductive. Pentru acestea din urmă nu e dată ca o condiţie necesară continuitatea în sens de vecinătate, proximitate topologică.

Apartenenţa inventariului propriu - aşa cum semnalam mai sus - trebuie considerată ca o realitate originală, intermediară între:

- lumea continuumului (a operaţiilor infralogice) de care e distinctă pentrucă inventarul e format din obiecte distincte şi

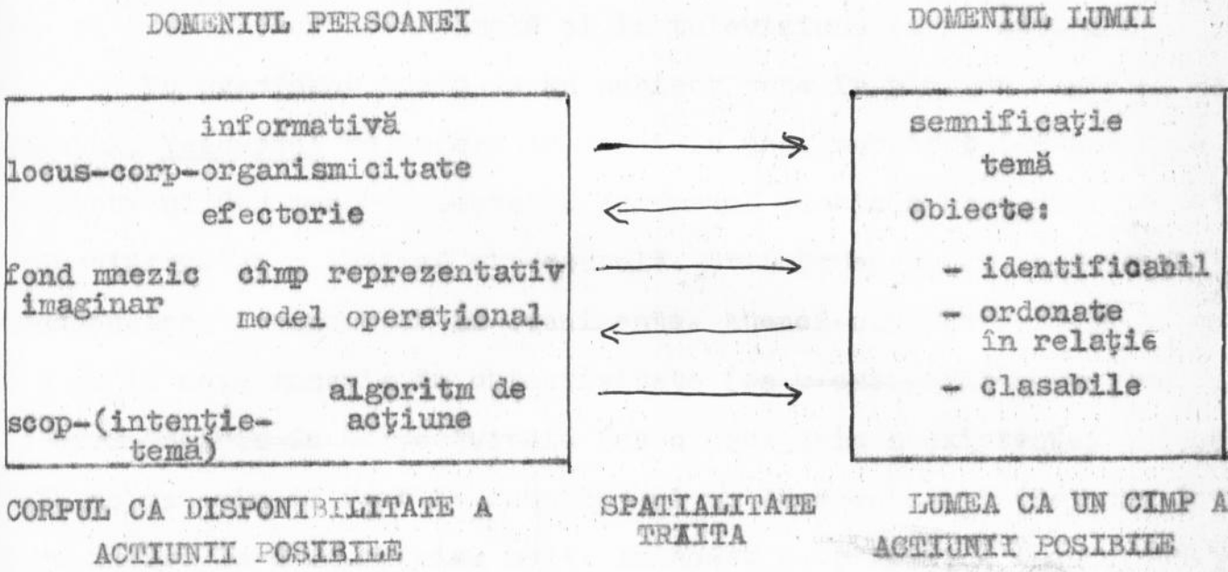
- lumea operaţiilor logico-aritmetice care funcţionează cu obiecte distincte dar neutrale, strict obiective în raport cu individul.

Privind dintr-o perspectivă statică "corporalitatea în sens larg" ne apare ca fiind coextensivă inventarului persoanei. Atunci cînd privim însă dintr-o perspectivă dinamică, de raportare activă a individului faţă de lume, "cîmpul acţiunii posibile" pe care-l delimitează din lume persoana, face şi el "corp comun" cu aceasta, fiind în acelaşi timp constitutiv de spaţiu (în sensul de continuum topologic ce se prelungeşte de la "corpul ca domeniu" în lume).

Revenind pentru a conclude, am putea spune: Corpul propriu, resimţit ca lume vegetativă, tonică şi ca schemă corporală, este doar un locus şi un punct de plecare. De îndată ce lumea exterioară este vizată într-o intenţie de act, şi corpul e trăit ca instrument al acţiunii posibile. In această ipostază, corpul devine locul-domeniu în raport cu care "realitatea-preajmă" este ordonată şi în această ordonare apare spaţiul trăit, ca un implicat al fenomenalităţii actului proectat şi ulterior desfăşurat. Spaţiul trăit se defineşte în acest raport dintre subiectul corporal-organismic angajat în acţiune şi lumea ce apare ca un text în desfăşurarea dinamică. El este o dimensiune a actului, face parte din sistemul de coordonate pe care diastola acţiunii şi-l realizează ad-hoc.

Problematica fobiei se va dezvolta în paralel cu cea a modificărilor spaţiului trăit definit ca mai sus, ca fundîndu-se pe trăirea continuumului topologic, pe cînd problematica depresiei de ex.se va dezvolta în paralel cu problematica extinderii prin apartanenţă (şi a psihopatologiei duratei).

Ţinînd seama de cele discutate pînă aici, formulăm următorul tablou, la care ne vom referi şi în continuare:



V

Spaţiul evenimentului, spaţiul fenomenologic şi spaţialitatea textului

Pentru subiectul ce trăieşte lumea doar ca o informaţie-semnificaţie, spaţiul nu există încă. El există pentru un individ numai în momentul în care acesta dezvoltă un scop de acţiune într-un algoritm de acţiune bazat pe însăşi datele informative receptate. Din punct de vedere psihic fenomenologic, spaţialitatea nu e nici o proprietate a obiectelor percepute, nici ceva ca un receptacol al acestor obiecte ci un derivat al lumii ce se prezintă ca un cîmp al acţiunii posibile în raport cu persoana ca disponibilitate a acţiunii posibile.

Spaţialitatea este înscrisă în structura fenomenalităţii psihic la fel cum e înscrisă în structura oricărei existenţe desfăşurate fenomenal. Cu totul altfel se pune problema cînd e vorba de spaţialitatea unui eveniment. Evenimentul este o realitate circumscrisă, deci

ceva ce poate face obiectul unei ştiinţe complet cuantificabile. In perspectiva evenimentului, spaţiul şi timpul sunt echipotente. Exemplu cel mai simplu e cel al cinematicii unde spaţiul şi timpul sunt de acelaşi rang, contribuind în egală măsură la realizarea vitezei. Apoi, un eveniment, în calitatea sa de informaţie poate fi transpus fără alteraţie dintr-un regim spaţial (de ex. o suprafaţă figurată care e baleyată punctiform) într-unul temporal (de ex. modulaţii de frecvenţă) şi invers (aşa se întîmplă şi la televiziune şi în sistemul nervos x)

Un eveniment trăit de un subiect este în plus un fenomen. In general, fenomenul se referă la apariţia unui substrat (despre care respectivul fenomen "vorbeşte"). Fenomenul pretinde nu o definire ci o descifrare şi o analiză structurală. Stiinţa operează în general transpunerea fenomenelor în evenimente. Atunci cînd ne referim la spaţiu ca la ceva înscris în obiectivitate (~~ca o categorie la spaţiu ca la ceva înscris în obiectivitate~~ (ca o categorie a existenţei obiective), ne referim de fapt la fenomene şi nu la evenimente (pe care în mare măsură le circumscriem noi). In acest sens spaţiul este o categorie ce nu există în afara materiei desfăşurată fenomenal. Psihismul în desfăşurarea sa fenomenală are domeniul său de spaţialitate la fel ca o plantă în creştere sau ca un electron în desfăşurarea sa pe orbită. De aceea trebue să distingem în cadrul fenomenelor psihice ceea ce este "reflectarea" unei lumi obiective - organizată şi ea şi spaţial - de spaţialitatea intrinsecă psihismului ca fenomen activ; căci

---

x) S-a afirmat în repetate rînduri (35, 36) că echipotenţialitatea şi simetria spaţiului şi timpului - care au dominat gîndirea filosofică europeană de la Descartes, Newton şi pînă la Kant - ar fi fost consecinţa unei gîndiri modelate de mecanică. De fapt, e vorba de fundarea spiritualităţii pe o perspectivă fizico-matematică şi nu realistă. Căci timpul ca simplă dimensiune a spaţiului persistă şi în teoria relativităţii (şi chiar dispare în matematica spaţiilor n-dimensionale Doar o filosofie realistă care subscrie la deviza Aristoteliană:"obiectul intelectului este fiinţa (realitatea2) - şi deci nu construcţiile fizico-matematice, poate salva timpul ca o categorie originală a realităţii (37).

spaţialitatea obiectelor lumii obiective ajunge să fie accesibilă individului psihic în cadrul unui fenomen şi a unui context ce are şi el spaţialitatea sa. La fel cum în cinematică viteza rezultă din compunerea spaţiului şi timpului, în domeniul fenomenalităţii psihice spaţiul şi timpul rezultă, decurg sau sînt consubstanţiale cu actul ce emerge din individ spre lume, act care împreună în gestul-limbaj este puntea şi substanţa relaţiei subiect-obiect. Actul reprezintă axul în raport cu care poate fi analizat spaţiul şi timpul trăit.

Din punct de vedere spaţial, modalitatea cea mai simplă în care poate să apară raportarea (activă) între individ şi lume este cea a spaţiului topologic, deci al contactului. Astfel se şi întîmplă în ontogeneza psihică aşa cum magistral a demonstrat-o experimental Piaget. Ulterior şi treptat se construieşte în percepţie relaţia spaţială de tip projectiv (cea a punctelor de vedere) şi aproape concomitent cea de tip euclidean; procesul se încheie în jurul vîrstei de 3-4 ani pentru relaţiile spaţiale ale raportării nemijlocite, perceptive, la lume ca preajmă. Dar tot Piaget a demonstrat cum, <u>în reprezentare,</u> spaţiul se reconstrueşte între 3-4 şi 7-8 ani, pornindu-se tot de la relaţiile topologice, ajungîndu-se treptat la modalităţi projective şi euclidiene de trăire şi formulare a spaţiului în reprezentare.

Dar ce înseamnă structurarea spaţiului în reprezentare? Merită, credem, să menţionăm aici opiniile lui Wallon (29, 30). Ocupîndu-se de dezvoltarea inteligenţei, Wallon remarca cum că pînă la 3-4 ani copilul are o gîndire practică, sincretică şi spaţială (geometrică chiar, spune autorul), care se bazează pe perceperea şi înţelegerea configuraţiilor de moment ale preajmei. Ulterior începe să se dezvolte o gîndire "discursivă" şi "transcursivă" care faţă de imediatitatea intuitivă a primeia este un regres, dar va deveni un progres deosebit prin utilizarea simbolurilor; iar gîndirea discursivă" are spaţialitatea sa proprie, independentă de reperele actuale" -spune

Wallon. Această remarcă merită reţinută. O semnificaţie care se dezvoltă în intelect, ajunge să dee un text discursiv prezidat de o gramatică (sintaxă) dar circumscris de semnificaţia iniţială. Un text este şi el o combinaţie a continuumului susţinut de semnificaţia ansamblului şi a discontinuumului realizat de unităţile lingvistice modulate, cuplate şi ordonate. Gîndirea discursivă capătă şi ea forma unui text ce se desfăşoară în cîmpul reprezentativ, şi are spaţialitatea sa intrinsecă.

VI

Imaginarea si raportarea perosoanei faţă de semeni.

Perioada din jurul vîrstei de 3-4 ani, cînd începe să se formeze gîndirea discursivă, este şi perioada în care începe să se formeze capacitatea reprezentativă a copilului şi capacitatea sa de identificare autentică cu un altul (cu cineva neprezent acum şi aici). Această capacitate de identificare are o istorie. Iniţial se dezvoltăm prin maturare ontogenetică nervoasă sistemul emoţiilor fundamentale (pe care Wallon le interpreta ca un sistem expresiv ce pare a fi construit pentru a asigura comuniunea în grupul arhaic, pus la unison de reacţia emotivă). Prin aceasta copilul are de la început posibilitatea de a se pune la unison cu oamenii. O formă mai diferenţiată este contagiunea emotivă şi abea ulterior, trecîndu-se prin "impregranarea plastică" se ajunge la capcacitatea de imitare a altuia în prezenţa acestuia (2 ani - 6 luni) şi apoi la "imitaţia fantezistă" a cuiva neprezent (3-4 ani). Acum începe să se dezvolte şi imaginarul.

Cît priveşte relaţia copilului cu altul putem aminti că această relaţie interpersonală este structurantă, instituind în individ pe altul, pe alţii, într-un de "auto-pluralizare" a sa (expr sia aparţine lui Binswanger (4o) care a făcut o pătrunzătoare analiză a existenţei duale). In orice caz, altul ajunge să fie reprezentat în individ (are în structura acestuia o instanţă care-l repre-

zintă) şi doar prin aceasta e posibil contactul interpersonal; şi doar prin contactul interpersonal individul poate prelua lumea umană

Pe parcursul ontogenezei, "altul" se prezintă cu o funcţie liniştitoare gratifiantă, aprobatorie, evaluantă wtc. In acelaşi timp în care individul se percepe (auto-întîlnire care funcţionează încă din primul an) (41) alţii există de asemenea, pentru el şi în faţa lui; el se percepe în faţa acestei perezenţe a altora, ca fiind acolo pentru alţii (42). Concepţia despre sine a individului e determinată parţial de concepţia pe care credem că alţii şi-o fac despre noi. Una din motivaţiile cele mai profunde ale omului e în legătură cu acest fapt, de a fi în lumea personală a altora. Se realizează astfel în ontogeneză o structurare a persoanei după o diagramă intim-public. Zonele intime conţin tot (43) ceea ce ne aparţine ca un secret conştient şi în acelaşi timp de aici emerge originalitatea noastră (aici ne găsim "acasă la noi şi cu noi"). Zonele publice sunt zonele deprinderilor, a contactului cu ceilalţi, ai "persoanei" (în sens Jung), decant al tuturor măştilor şi identificărilor sociale realizate în viaţă. Diagrama intim public realizată, în perspectiva prezenţei individului la lume ca prezenţă socială repune aceleaşi probleme ale apartanenţei şi continuităţii. Individul poate resimţi ca aparţinîndu-i orice fiinţă iubită (indiferent de poziţia ei actuală în spaţiu) şi se poate identifica cu masa într-un continuum. Dar trăirea fenomenului de masă e o situaţie limită. In general, problema continuumului se pune aici în cadrul contactului nemijlocit, realizat "hic et nunc" de individ cu altul, cu alţii, cu grupul social. Ori aceasta este tocmai <u>problema agorică</u>.

Agora semnifică nu numai un spaţiu larg ci şi un anumit spaţiu, un anumit loc (topos) în care oamenii se aducă într-o aglomerare deliberativă (deci într-o situaţie care păstrează independenţa şi responsabilitatea fiecăruia - nedizolvînd persoana, ca în fascinaţia fenomenului de masă). In agora individul apare ca fiinţă responsabilă, angajat moral şi participînd deliberativ la soarta

grupului şi de asemenea, răspunzînd de actele sale. In agora se iau hotărîri, se fac consacrările şi tot aici ostracizările. Procesul lui Socrate a avut loc în agora. Evident, aici noi aderăm la o anumită imagine despre agora, ca un spaţiu fizic şi social format din indivizi independenţi şi responsabili. Printr-o simplă mutaţie, o astfel de agora să poate transforma într-un loc al masei, unde au loc linşările şi adulările; prin aceasta, acest spaţiu fizico-social nu devine mai puţin "grav" pentru individ. Ori, prezenţa individului în locul unde se face istoria societăţii "comunare", unde real sau simbolic (şi uneori indirect dar totuşi real) el trebue să apară responsabil şi liber în faţa altora, în faţa unei mulţimi presupusă şi ea responsabilă şi liberă, este o prezenţă dificilă. Dificultăţile agora-prezenţei le vom analiza în capitolul următor.

x

x x

La sfîrşitul acestui capitol analitic să încercăm să degajăm principalele idei pe care le-am urmărit în el:

- In primul rînd, am atras atenţia că se poate vorbi despre persoana umană nu numai în general ci că putem distinge în mare trei paliere ale persoanei conştiente: persoana trăind actualitatea, persoana ca o desfăşurare dramatică şi persoana ca entitate. Apoi, în cadrul existenţei desfăşurate a personalităţii umane, putem distinge modalităţi originale de trăiri, ireductibile şi de identificat pe toate cele trei paliere ale persoanei (ca trăiri din gama anxietăţii, a fricii şi a depresiei), trăiri care determină modificări structurale în raport cu modalităţile plenare de trăire a persoanei.

- Persoana umană conştientă este o realitate unitară (unitatea corp-psihism) care se raportează la lume (considerată ca obiect) prin act şi limbaj. In cadrul acestei raportări în care persoana apare ca un domeniu al disponibilităţii unei acţiuni posibile iar lumea ca un cîmp al acţiunii posibile, se formulează şi se circum-

scrie spaţiul trăit, spaţiul fenomenologiei psihice. Acest spaţiu trăit (fenomenologic) nu e pur şi simplu transpozabil în temporalitatea trăită (fenomenologic). Spaţiul şi timpul fenomenologic sunt distincte între ele şi prin aceasta sînt distincte de spaţiul şi timpul evenimentului care sunt echivalente şi transpozabile unul în altul. Spaţiul trăit se desfăşoară pe baza trăirii continuumului, nefiindu-i suficientă, pentru fundare, trăirea apartenenţei.

Spaţiul trăit ca un continuu este fundal pentru structurarea acestuia şi popularea sa, pentru apariţia de "locusuri" privilegiate, corpul propriu fiind locusul bazal-punct de referinţă şi loc de plecare pentru ulterioara constituire şi structurare a spaţiului trăit. Cea mai complexă formă de structurare a spaţiului trăit e spaţiul agoric, spaţiu fizico-social faţă de care individul se raportează ca fiinţă morală, liberă şi responsabilă. Agora-prezenţa ridică o serie de dificultăţi ce urmează a fi tratate în capitolul următor.

P S I H O P A T O L O G I E

Spaţiul trăit şi psihopatologia fricii.

I

Emoţia socială şi vulnerabilizarea persoanei (a spaţiului propriu).

Relaţiile interpersonale şi relaţiile nemijlocite ale individului cu grupul social generează o modalitate specială de emoţie. In general, puţine din emoţii sunt strict tematice, ne-interpersonale, în sensul că nu implică sau nu pretind o nemijlocită relaţie cu altul sau cu alţii. Cel mai des emoţia (fie ea modulată ulterior ca frică, furie, bucurie, disperare) se desfăşoară în cadrul unor evenimente în care individul stă faţă de faţă cu altul şi cu alţii. Dar însăşi faptul de a fi în centrul atenţiei altora, faptul ca individul să fie vizat sau evaluat de altul sau alţii induce o stare emotivă care ar putea fi numită emoţie relaţională. Fundamentele acestui fenomen sunt adînci şi în aceste situaţii schema corporală proprie este alertată întotdeauna. Acesta deoarece, aşa cum am mai menţionat, persoana umană se formează în ontogeneză în condiţiile unei permanente preconştiinţe a faptului că tot ceea ce ea face urmează să fie evaluat şi sancţionat de ceilalţi. Acest orizont preconştient devine un "sentiment" prezent în orice relaţie, cu valoare energetică, de montare şi resimţită.

Situaţia în care un individ se supune, sau este supus, real sau imaginar evaluării şi aprecieriin altora, e o situaţie deseori emotivă (şi în orice caz o situaţie agorică). Astfel de situaţii sunt de ex.: examenele, declamaţiile şi luările de cuvînt, situaţiile penibile în care individul atrage atenţia celor din jur prin ceva eşit din comun etc. Aici poate interveni deja imaginarul. Cel ce îmbracă o haină nouă sau a "păţit" ceva ce a dus la un defect vestimentar, e în alertă, are sentimentul că toată lumea îl priveş

te, trăeşte o stare subiectivă neplăcută axată pe acest fapt. Kretschmer a descris fenomenul în cadrul senzitivităţii (44) dar e vorba de ceva mult mai profund, înscrîs în normalitate.

In mod uzual şi popular se numeşte emotivitate această disponibilitate a individului de a se "emoţiona" la expunerea socială. Desigur, aceasta e doar o posibilitate; mulţi indivizi pot rămîne insesibili la expunerea socială sau această expunere să le facă plăcere ca la histeric, unde e şi cultivată. Ceea ce e inhibitoriu şi "emotiv" în expunerea socială e situaţia evaluării (eventual a vizării), deci transformarea individului dintr-un partener într-un obiect, transformarea sa într-o fiinţă umană ce trăeşte pasiv în lipsa sa blocarea iniţiativei, intenţionalitatea evaluantă (sau vizantă) a altora, de ex.:

1) O studentă se emoţionează totdeauna la examene la modul că părăseşte uneori examenul, dar poate da răspunsuri corecte în scris. Nu dezvoltă nici fobia de examene nici alte fobii; totul se reduce la o trăire emotivă strict circumstanţială.Cu colegele şi cu cunoştinţele e sociabilă şi degajată.

Cazul de mai sus e desigur de domeniul banalului. Orice om se emoţionează mai mult sau mai puţin în faţa unui grup care-i verifică cunoştinţele evaluîndu-i valoarea, mai ales cînd această evaluare pune în joc o mizã. In raport cu microgrupul social instituţional care evaluează şi dă un veridict, grupul prietenilor şi al cunoştinţelor se află la o mai mică "distanţă socială" şi într-un domeniu al cunoscutului unde iniţiativa nu are argumente inhibitorii. Există grade de distanţă şi apropeiere socială (45) şi aceasta nu numai sub aspectul distanţării afective a indivudlui în raport cu anumite, persoane ci şi în sensul evenimentului relaţional.Dacă un individ ajunge în contact cu un alt om, ultimul fiind prezentat într-o funcţie socială din care-l evaluează şi-l judecă, distanţa social-interpersonală dintre cei doi e mare. Dacă acesta din urmă

părăseşte statutul şi rolul său socialeinstituţional, în raportarea sa faţă de primul individ - distanţa e mai mică dar ea rămîne respectabilă deoarece, deşi e vorba de o relaţie (întîlnire, confruntare) de la om la om, e vorba de un necunoscut şi fiecare din cei doi îşi păstrează "persoana" (masca) lor caracterială care-i blindează în faţa imixtiunii celuilalt (sau în general a celorlalţi)în intimitatea propriei sale fiinţe. Intîlnirea degajată, treptata cunoaştere, convieţuirea dintre doi oameni, poate micşora "distanţa socială" şi, în cazul prieteniei, oamenii îşi împărtăşesc nu numai bunurile, problemele ci şi intimităţile, într-o modalitate de existenţă dual (Binswanger). In dragoste această apropiere este aşa de mare încît duce la contopirea celor două existenţe într-o existenţă dual cu ştergerea practică a limitelor eului resimţit. In forma în care dragostea nu e doar un paroxism ci o modalitate existenţială ce durează, ea restructurează fiinţa pe toate planurile, de ex. pe planul "corpului ca apartanenţă" celălalt şi bunurile lui fiind resimţite la fel ca eul şi propriile bunuri şi orice lezare a lor ca o propie lezare. In afara dragostei erotice, dragostea mai poate îmbrăca multiple alte forme în cadrul formulei sale de existenţă dual acceptată (Araucho),(46) dragostea cuplului părinte-copil, educator-elev, maestru-învăţăcel, psihoterapeut-pacient etc, In toate aceste cazuri, în cadrul grupului dual, deşi se realizează o mare apropiere între cei doi - apropiere cu valoare pozitivă pentru ambii - rămîne pentru fiecare în parte un domeniu al secretului personal, un ax de intimitate ca fundament al independenţei funciare a propriei personalităţi. Această problemă a intimităţii asupra căreia a insistat foarte mult Mounier (47) se dovedeşte necesară şi în psihoterapie (Schulte),(48). Pe de altă parte, psihanaliza încearcă să reducă diversele forme ale existenţei duale la o singură formulă.

Să urmărim acum această problematică din perspectivă psihopatologică.

2) O femeie de 34 ani suferă pînă la această vîrstă 4 intervenţii chirurgicale dintre care ultima, pentru ulcer, a impresionat-o în mod deosebit (mai ales aparatul de adormit). De mică are o fire impresionabilă căreia nu-i plăcea să stea singură. După ultima operaţie e mereu într-o stare de tensiune; tresare la orice sgomot; cînd aude clanţa de la uşă sau simte că vine cineva din spate se sperie şi simte "un fior pe creerul mic". Acum nu mai poate sta singură nici ziua; noaptea nu suportă solitudinea, aceasta încă din copilărie.

Prezenţa calmantă liniştitoare şi protectoare) a adultului faţă de copil e un fapt pe care ontogeneza îl înregistrează ca banal, dar care e ulterior depăşit de treptata independentizare a copilului. Explicaţia prezenţei calmante a adultului părinte faţă de copil e desigur mai complicată decît intervenţia unui reflex condiţionat sau a unei trăiri fantasmice în singurătate - cum postulează psihanaliza. Foarte probabil, pînă la "dimensionarea" persoanei copilului prin preluarea şi introjectarea celuilalt, absenţa persoanei ce circumscrie cuplul protector e trăită ca o "amputare" a propriei dimensiuni personice în formare. Revenind la caz, pacienţa noastră suferind mai multe intervenţii chirurgicale, le-a resimţit ca imixtiuni în domeniul corpului propriu. O intervenţie chirurgicală e trăită totdeauna ca o imixtiune în intimitatea cea mai profundă a fiinţei, în zona preconştientă a schemei corporale, care e axul persoanei. Ceea ce se perturbă ulterior a sentimentul de securitate personal-corporală care nu ia însă forma fricii ci a unei tensiuni de aşteptare ce se transformă, la cel mai mic indice noetic, într-o aşteptare anxioasă. Faptul asupra căruia vrem să atragem atenţia este că, alerta de aşteptare anxioasă se declanşează atunci cînd apar indicii apropierii unei persoane venind din spate, deci dintr-un domeniu al preajmei necontrolat, ne avut în stăpînire în aşa măsură cum e domeniul controlabil de către cîmpul vizual. După cum demostra încă Lhermitte (49), zona spatelui e o zonă de demarcaţie i incertă a schemei corporale de imprecizie a ei. Aceasta face ca omul să se simtă în mod natural ca mai vulnerabil "din spate", ca spatele să fie un domeniu care prin definiţie se pretinde a fi "asigurat".

Continuînd analiza în această direcţie vom aduce în discuţie un alt caz.

3) Un gospodar, afirmativ echilibrat, preşedinte de CAP, bun organizator trăeşte la 54 ani un conflict familiar; de fapt are loc o ceartă între familiile ficelor sale. Deşi locuesc în comune alăturate e implicat şi el în neînţelegerile ivite, iar unul din cei în cauză îl ameninţă că-l va omorî, fapt plauzibil în obiceiurile locului. Din acest moment se instalează o stare de aşteptare anxioasă cu nelinişte, insomnii, coşmare, instabilitate motorie, nu-şi mai poate continua lucrul, frică de întuneric. In plus, trăeşte senzaţia penibilă că cineva e în spatele său; intră imediat în panică şi se întoarce pentru a verifica. Fenomenul se repetă de mai multe ori pe zi, oriunde s-ar afla. Ansamblul fenomenelor se amenţează după un scurt tratament anxiolitic, psihoterapic şi mai ales prin aranjarea problemelor familiare.

Ceea ce trăeşte pacientul de mai sus este, pe fundalul unei aşteptări anxioase, o vulnerabilizare a corpului (şi deci a persoanei sale) ca spaţiu, în zona în care acesta scapă cîmpului vizual şi care devine o "pată dorsală a lui Sigfried" prin care agresorul presupus poate să atace. De aici senzaţia de prezenţă ameninţătoare a cuiva în acest spaţiu. Perturbarea care s-a produs e de domeniul raportului dintre "lume ca un cîmp al acţiunii posibile" şi "corp ca disponibilitate de acţiune posibilă"; deci de domeniul spaţiului trăit, în calitatea sa complexă de spaţiu fizico-social. Si ceea ce perturbă acest raport ducînd la respectiva vulnerabilizare fobică, este o informaţie cu o anumită semnificaţie (ce vizează palierul mijlociu al persoanei).

Aşa cum a analizat magistral Merleau-Ponty (5o, 51), individu ancorat în lume (angajat într-un orizont de intenţionalitate asupra ei) se resimte ca prezent într-o lume care-l învăluie fără fisuri şi cute, fără discontinuităţi. Corpul propriu "ca un nod de semnificaţii vii ... este eminamente un spaţiu expresiv - spunea Merleau-Ponty - care nu numai locuieşte spaţiul ci, în mişcarea sa, îşi asum activ spaţiul şi timpul, le reia în semnificaţia lor originară".Pri însăşi intenţionalitatea de act şi prin actul ce vizează lumea şi se desfăşoară în ea, aceasta se prezintă ca o lume fundată şi modulată spaţial. Corpul uman ancorat şi angajat în lume e înconjurat

de un continuum spaţial în care se resimte ca imers; iar actele circumstanţiale realizate în locuri definite, realizează doar modulări şi forme ale acestui atribut spaţial al lumii. Dar în cazul în care indivkdul nu se mai poate raporta activ la lume, în mod natural (deci în toate compartimentele acesteia) cînd nu mai e trăită ca un lumea domeniu al ancorării globale a intenţionalităţii individului, atunci şi trăirea spaţiului se modifică. Omul care se raportează pasiv faţă de lume, care în plus se simte ameninţat de către lume, nu numai poate trăi lumea ca un cîmp al acţiunii posibile în toate domeniile sale, nu se mai resimte ca imers într-o lume spaţial continuă şi omogenă (ca accesibilitate a acţiunii) şi atunci devin posibile fenomene ca de tipul celor de mai sus. Căci spaţiul trăit are într-o anumită măsură atributele schemei corporale (pe care oricum o implică), iar schema corporală e impregnată afectiv.

In cazul 2) avem doar o sensibilizare la posibilitatea circumstanţial actuală a unui pericol în zona necontrolată de cîmpul vizual; în cazul 3) trăirea se instalează nemijlocit comprehensibil dar nu mai e legată de indici actuali care să o declanşeze. Să urmărim acum un caz în care nu mai e vorba de o simplă reacţie nemijlocită în urma unui eveniment trăit ci de o dezvoltare nevrotică în urma cumulării de conflicte psihotraumatizante:

4) Un bprbat de 46 anin care de-a lungul vieţii a fost o fire asociabilă, întreprinzătoare, categorică, în conflicte se exterioriżează imediat dar nu brutal; foarte ambiţios şi încăpăţînat, un lucru început îl termină întotdeauna; curajos şi cu iniţiativă, în grup era întotdeauna şeful grupului.

După terminarea liceului comercial lucrează în domeniul P.T.T.R. Conflictele se cumulează în ultimii 4 ani şi se desfăşoară pe plan familiar şi profesional. Soţia, care după o meningo-encefalită rămîne o defectivă, în această perioadă are o masivă cădere a stării mentale şi somatice care necesită internări în spitale de psihiatrie şi după un an moare. In aceeaşi perioadă, pacientul e promovat într-p funcţie de conducere dar care fiind îndepărtată de locul inserţiei sale familiare, sociale şi existenţiale, o refuză. Urmează o serie de conflicte la serviciu care se soldează, după repetate inspecţii (şi o prelungită stare de tensiune de aşteptare) cu desfacerea contractului de muncă (decizie asupfa căreia ulterior se revine).

In această perioadă de trăire masivă a conflictelor se instalează o serie de simptome între care pe primul plan e senzaţia că cineva stă pe spatele său şi-l va apăsa pe umăr să-l "înfunde"; sentimentul intervine paroxistic, e deosebit de penibil şi, în acel moment trebuie să se întoarcă pentru a se asigura că totul e în ordine

dine. In prezent, la 4 ani după debut, acest simptom s-a atenuat mult, în schimb creşte treptat fobia de mulţime, claustro-fobia, frica (nesiguranţa) la trecerea străzii, frica de înălţime (care, într-o formă atenuată data din copilărie) etc. Se mai desvoltă şi următoarele simptome: fenomene de nesiguranţă şi emotivitate (socială) exagerată, irascibilitate, hiperestezie senzorială, tresare la orice sgomot, astenie cefalee. Enervările accentuează simptomatologia.

Intîlnim şi la acest caz vulnerabilizarea spaţiului corporal în zona care scapă cîmpului vizual, mai precis în regiunea nucală (aceasta e şi zona în care avem sentimentul că simţim privirea cuiva care ne fixează din spate). Dar pacientul de mai sus nu resimte doar "prezenţa" cuiva în acest culoar spaţial de vulnerabilitate ci simte iminenţa unei acţiuni a cuiva care va urma să-l "înfunde" (remarcăm că termenul poate funcţiona nu numai la propriu ci şi simbo-loc)[x]. De notat că acest simptom e pe prim plan în perioada acută a conflictelor interpersonale pentruca ulterior, cînd asistăm la o dezvoltare nevrotică, gama simptomelor să se îmbogăţească cu variate fobii şi simptome neurastenoide. Toate simptomele sunt de domeniul alterării angajării active la lume (de domeniul perturbării actului şi activităţii) dar ele ţin deja de o distorsiune a structurii persoanei, mai mult decît răsunetul nemijlocit al unei semnificaţii (teme) ameninţătoare unice în persoană.

Pînă aici am urmărit cum, în urma unei emoţii conflict, se poate realiza o vulnerabilizare a spaţiului-corporal a spaţiului personal, în zona care scapă cîmpului vizual (şi care se dovedeşte a fi un locus minoris rezistentia)[xx]. Vrem să sublinie m acum următoa-

x) Faptul că zona corporală a spatelui poate deveni mai uşor o zonă în care persoana poate să se simtă ameninţată (sau nesigură) ţine desigur de structura schemei corporale şi de posibilităţile circumstanţiale ale individului de a se raporta la lume. Din aceste puncte de vedere, evident corpul uman resimţit nu e omogen: omul nu-şi resimte faţa la fel ca regiunea nucală. Dar imaginea trăită a propriului corp "mai e influenţată (în structurarea şi trăirea sa) şi de elemente de semnificaţie şi de cultură. Faptul că omul "se ia cu mîinile de cap" sau "îşi sprijină capul în mîini" la disperare nu mai ţine de schema corporală ci şi de cultură. La fel, spatele nu e numai om zonă mai vulnerabilă a corporalităţii ci prin cultură el e impregnat şi de semnificaţia muncii fizice grele, a transportului (" a aduce în spate greutăţile vieţii", "a purta pe umeri povara vieţii"). Simbolica limbajului indică şi formule mixte: "a ţine spatele cuiva" poate verifica şi faptul de a susţine şi ajuta pe persoană - probleme care singur nu le poate rezolva şi faptul de a-l proteja şi asigura împotriva ameninţărilor. "Omul adus de spate" este un om împovă-

rele fapte, Un spaţiu înconjurător omogen - şi mai ales un "spate" asigurat - sunt condiţii de posibilitate ale actului proectat, dar sub un anumit aspect şi concomitenţe şi creaţii ale sale. Vulnerabilizarea spaţiului corporal se poate realiza în psohopatologie nu numai după canale modelate de preajmă şi de configuraţia corporală specifică ci şi printr-o vulnerabilizare de ordin general a spaţiului corporal (personic) în ansamblu, în generalitatea sa. Vom discuta aceste probleme în legătură cu un ultim caz pe care-l prezentăm în acest paragraf.

6) E vorba de o femeie de 44 ani, în antecedentele căreia se notează la 7 ani un accident de circulaţie: e călcată de o maşină, rămîne inconştientă cîteva ore; o fractură de picior ce se vindecă în bune condiţii. Tatăl moare paralizat; a fost o fire ce se descărca brusc. Mama o fire blîndă.

La 12 ani, în perioada în care se instalează menarha, pacienta prezintă o suferinţă greu de lămurit din descrieri: mama pacientei observă că ea nu doarme noaptea liniştit, prezintă dificultăţi motorii multiple, nu poate să umble bine (parcă picioarele erau înţepenite), cînd stătea pe un scaun se scula cu multă dificultate; nu mai poate scrie decît cu dificultate, scapă obiectele din mînă. Medicul consultant îi face un tratament electric superficial (faradizări), administrează bromuri şi recomandă plimbări în aer liber care, într-adevăr îi făceau bine. De la acest episod nu mai continuă şcoala. Rămîne o fire mai puţin sociabilă, mai taciturnă, legată mai mult de familie. E încăpăţînată şi perseverentă (Ceeace-şi propune realizează cu orice preţ).

La 17 ani e deportată într-un lagăr de concentrare unde face şi un tifos exantematic. Tot timpul deportării e taciturnă, nu vorbeşte cu nimeni, plînge ~~tot timpul~~ şi în cele din urmă, comisiile

---

rat (sau chiar înfrînt) de greutăţi şi vîrstă. Astenici şi depresivi sînt "aduşi de spate" încovoiaţi spre o închidere în sine şi un refuz al lumii dat de neputinţă sau dezinteres etc. Această simbolică a limbajului curent, conţine desigur în metaforele sale, un punct de plecare real inspirat din trăirile şi atitudinile corporale umane nemijlocite.

xx) Această vulnerabilizare a spatelui (care întotdeauna se petrece în dimensiunea unui spaţiu agoric (în imensa majoritate a cazurilor local devenind vulnerabil faţă de altul, alţii, faţă de agresiunea socială), poate fi trăită în nenumărate şi interesante modalităţi. Iată de ex, trăirea unei persoane care fiind în detenţie e dusă spre interogatoriu, flancată de doi gardieni: "în acel moment, al drumului spre interogatoriu, simţeam cum, parcă în spatele meu se înălţa o umbră a mea de 2-3 ori mai mare ca mine, şi prezenţa acestei umbre, pe care nu o vedeam şi care evident nu putea fi ca atare, mare şi verticală, mă liniştea ca un înger protector". In cazul de faţă, trăirea spatelui vulnerabil, în contextul de nesiguranţă şi pericol, se compensa prin imaginea unui paravan contituit de o "umbră protectoare", evidentă iluzie sau metamorfozare de schemă corporală. Arhaicul simbol al "îngerului protector" se naşte indiscutabil din astfel de trăiri.

medicale o repatriază. Ajunsă acasă se simte mai bine şi împotriva voinţei familiei se căsătoreşte cu un om de care se îndrăgostise. După căsătorie, aproximativ o lună, are sentimentul că pe stradă sau în tramvai, cineva o observă: apoi această trăire dispare şi se simte bine un timp destul de lung.

Se simte din nou rău după prima (şi singura) naştere: nu poate sta singură în cameră cu fetiţa, trăia frica de a nu se întîmpla ceva (mai precis o aşteptare anxioasă). Această trăire treptat se estompează, şi ea intră în serviciu (unde lucrează fără întrerupere de 17 ani). Rămîne însă un om căruia îi place singurătatea, care preferă să tacă, motiv pentru care colegele o consideră îngîmfată. De fapt nu a avut nici-odată nici-o prietenă. In rest e foarte bună şi corectă muncitoare, mult apreciată la serviciu.

Sub aspect caracterial şi ca trăsături permanente, din copilărie nu are răbdare (de ex. nu-i place să stea la coadă). E foarte ordonată, face multă curăţenie, toate trebue să fie la locul lor. Nu merge la cinematograf (pentrucă e întuneric şi lume multă). I-i place mult să stee acasă (deşi nu există frică de stradă, fobia înălţimii sau a aglomeraţiei manifeste).Acasă obişnueşte să încue toate uşile, ceea ce jenează puţin pe soţul şi fiica sa (uneori, în ultimul timp, se scoală noaptea şi verifică dacă uşile sunt încuiate). Un vag sentiment de frică nelămurită, persistă în permanenţă, mult timp, chiar cînd e acasă, cu uşile încuiate. Cu atît mai mult nu poate ieşi seara singură din casă şi merge în întuneric.

La 43 ani, într-o perioadă în care se instalează menopauza (de altfel destul de brusc şi cu minime turburări neuro-vegetative) se apare pe fondul său obişnuit, descris mai sus, o stare de rău, şi anume:

La serv ciu are impresia că în timp ce lucrează încordată, cu privirea fixată şi cu întreaga atenţie concentrată asupra obiectului de lucru (lucrează o muncă migăloasă şi de fineţe la finisat pantofi parcă cineva o pîndeşte din spate, parcă cineva e în spatele ei ca să o controleze dacă lucrează destul de repede; şi în acel moment are impresia că ţine pantoful foarte mult în mînă, că nu-l va mai pune niciodată pe bandă, deşi obiectiv totul decurge normal.Aceste trăiri s-au intensificat destul de repede, astfel că într-una din zile intră în panică, fuge la şeful de secţie implorîndu-l să vină să vadă cum e ea pîndită şi verificată în permanenţă asupra randamentului muncii sale (deşi ea verificase mereu faptul că nimeni nu era în spatele ei).

După acest episod paroxistic părăseşte serviciul la fabrică şi merge împreună cu soţul pe un şantier, unde lucrează la pontaje Se plimbă,mult timp afară, în aer liber, ceea ce-i face foarte bine. Persistă însă trăirea neplăcută că nu va putea termina la timp munca începută (pontajele, calculele); trăeşte din acest motiv momente de panică în care rupe toate hîrtiile cu calcule, Dar în general se simte bine, sentimentul controlului din spate dispare. In această situaţie se duce toamna să-şi facă lichidarea la fabrică. Dar în urma insistenţelor celor de aici (era o lucrătoare foarte bună) se lasă convinsă şi reia lucrul, de data această într-o sală ceva mai mare. Se simte foarte bine, nu mai prezintă nici un simptom supărător timp de 6 luni după care vechiul simptom reapare. Are sentimentul că în timpul muncii concentrate cineva din spate o pîndeşte şi o controlează. Reapar şi alte simptome care se instalaseră în urmă cu un an şi care între timp se estompaseră sau dispăruseră şi anume doarme deseori cu lumina aprinsă. Totul a început cînd, în timpul perioadei proaste din anul trecut, trezindu-se odată noaptea a avut impresia (dar nu percepţia clară) că este cineva în cameră aproape de ea şi că ea era înţepenită şi nu se putea scula să aprindă lumina Se adaugă şi simptome noi. In prezent are impresia că mergînd pur şi simplu pe stradă cineva ar urmări-o (verifică şi se linişteşte) sau că după ce a intrat în casă, parcă a intrat cineva după ea. Uneori, în tramvai, priveşte o persoană şi brusc, trăeşte sentimen-

tul că persoana respectivă are ceva cu ea, sentimentul nedurînd mult şi fiind ulterior (sau chiar concomitent) criticat. Cînd stă de vorbă cu medicul îi vine în minte gîndul (şi el criticat) că cineva ar putea să stea la uşă şi să asculte ce vorbeşte.

Reapar coşmare anxioase profesionale: parcă se apropie de ea un vapor imens care o va strivi şi cînd e foarte aproape îşi dă seama că e un pantof şi se trezeşte; sau, un perete plin cu pantofi se prăbuşeşte peste ea. In sfîrşit, un simptom ce apare accentuîndu-se e un automatism de verbalizare a gîndurilor legate de profesiune. Atît la serviciu cît şi pe stradă sau acasă poartă interminabile discuţii imaginare cu inginerul, şeful de secţie, colegele: "nu vedeţi cum merg lucrurile?" ... "nu vedeţi că asta nu se poate ... iată dece lucrurile nu merg bine! ... ar trebui făcut următorul lucru! ... etc.". La serviciu totul se desfăşoară strict mental pentrucă se stăpîneşte dar pe stradă gîndurile se verbalizează şi se pomeneşte şoptînd lucrurile la care se gîndeşte, ba chiar pronunţîndu-le cu glas tare mai ales acasă cînd e singură. Uneori simte un impuls irezistibil de a vorbi cu cineva şi atunci se duce la o vecină căreia începe să-i povestească în avalanşă, nelăsîndu-i timp de replică, după care pleacă. După internare în spital, la un moment dat vorbeşte timp de 3o' singură fără să se intereseze dacă cineva o ascultă sau nu. Plimbările în aer liber îi fac bine.

Un astfel, de caz e desigur mai complicat decît precedentele. Nu intrăm aici în discuţia încadrării nosologice dar e evident că nu e vorba de o simplă reacţie comprehensibilă sau de un impas sau o dezvoltare nevrotică, de o distorsiune a structurii persoanei ca urmare a cumulării unor situaţii conflictuale de viaţă neplăcute şi nedepăşite soluţionant; în cazul de faţă endogenul (şi eventual elementul toxic, pacienta lucrînd în mediu toxic) au o importanţă apreciabilă în determinismul etiopatogenetic. Să ne oprim însă asupra discuţiei psihopatologice (cazul fiind bogat în fapte şi probleme de psihopatologie dintre care doar o parte au fost redate).

In primul rînd, în continuitatea problematicii urmărite pînă aici în acest paragraf, vom remarca modalitatea în care pacienta de mai sus trăeşte "spaţiul spatelui". Momentul iniţial a trăirea unui sentiment de supraveghiere (şi evaluare nefavorabilă) de către o persoană postată în spatele ei în momentul în care pacienta era concentrată la maximum asupra obiectului pe care-l lucra. In general, cînd suntem foarte conacentraţi, asupra unui domeniu (obiect) de activitate, acesta se hipertrofiază dimensional în percepţie (faptul a fost demonstrat experimental prin celebrele experienţe ale lui Piaget şi Inhelder asupra supraevaluării etalonului, restul

cîmpului perceptiv "sub-evaluîndu-se" şi dimensional şi valoric Atunci cînd individul este foarte absorbit de un lucru migălos (sau se concentrează intens asupra unei probleme) preajma se estompează în mare măsură, individul cufundîndu-se în obiectul său. Totuşi, în toate aceste situaţii, preajma persistă ca un orizont preconştient, ca o preconştiinţă a unui cîmp al acţiunii posibile; ea se păstrează ca un continuum şi nu devine un domeniu vid sau o fisură-culuoar a spaţiului-corp, de necontrolat şi deci sursă de pericol posibil (şi deci de anxietate-frică). Ori, la pacienta de mai sus situaţia psiho-activă (în care individul priveşte, vede şi acţionează construind astfel spaţiul acţiunii), realizează o "coagulare" a întregului spaţiu trăit pe obiect, pacienta rămînînd cu "spatele descoperit" şi în acest spaţiu necontrolabil (pentrucă e de fapt o zonă aspaţială) se instituie - prin imaginar desigur - prezenţa supervizprului ce o evaluează şi comentează. Fenomehul merită desigur o cercetare mai amănunţită, dat fiind că cercetările psihologice, fiziologice, neurologice şi fenomenologice au demonstrat că "a privi , "a vedea" şi "a acţiona" nu sunt conjugate totdeauna într-o modalitate existenţială unică. O contribuţie importantă la problemă a avut-o neuropatologia mai ales după punerea în evidenţă de către Balint a sindromului "de paralizie a privirii" care-i poartă numele şi care are la bază o atingere concomitentă a motricităţii oculare şi a localizării obiectelor în spaţiu. Paralizia privirii-Balint, studiată ulterior de Holmes, Hecaen, Cogan, Saraux, Grünthal comportă (în accepţia modernă), (52), o dificultate de a fixa obiectele situate în cîmpul periferic, de a orienta în mod voluntar privirea într-o direcţie dată şi de a percepe mai multe obiecte simultan. De asemenea, o ataxie optică sau o dificultate de a sesiza obiectele situate în afara cîmpului macular sau a evita obiectele în mers.Un studiu important şi clasic care abordează şi această problemă e excelenta carte a lui Lhermitte, "Psychopathologie de la vision" în care autorul distinge: spaţiul ce ne înconjoară imediat şi în care sunt

situate obiectele ce ne sunt accesibile (Greifraum); spaţiul accesibil privirii noastre (Blickraum); spaţiul reprezentativ (ce apare printr-un efort de reprezentare sau orientare). Lhermitte, ca un psiho-neuro-fiziolog (şi patolog) cu o largă viziune, mai notează în cartea sa: "Noţiunea de spaţiu ne e necesară pentru a localiza obiectele pe deoparte, pe de altă parte pentru a ne orienta... orientarea trebuie diferenţiată net de localizare; ceea ce noi localizăm sunt obiecte, pe cînd subiectul însuşi e cel ce se orientează. Orientarea pretinde o luare de conştiinţă a corporalităţii ..."

Vizarea lumii printr-o privire orientată este de cele mai multe ori implicatul unui act potenţial şi de aceea ea este "spaţiogenetică". Ca un corolar, incapacitatea fixării obiectelor lumii ca suporturi pentru o intenţie de act (ca în aşteptarea anxioasă) e argument (concomitenţă sau consecinţă) de "despaţializare" cu eventuala vulnerabilizare a spaţiului; şi într-o altă formulă,"despaţializarea" se poate realiza prin însăşi absorbirea privirii-vizante de către obiect (ca în cazul ultimei noastre paciente), ducînd la acelaşi rezultat al fisurării, efracţiunii (spaţiale) a spatelui.

Revenind la pacienta noastră, remarcăm că simptomele din gama celor discutate aici sunt destul de variate: uneori pe stradă "parcă cineva e în spatele ei şi o urmăreşte", uneori, după ce a intrat în casă "parcă cineva a intrat în urma ei". Dar simptomele de relaţie nu se mai desfăşoară apoi doar în interiorul "spatelui vulnerabil". Noaptea, acasă, în întuneric (în "masa" întunericului),"parcă cineva e în cameră" ceea ce determină somnul cu lumina aprinsă, deci asigurarea unui cîmp de percepţie şi acţiune controlabil. In continuare, brusc se instalează sentimentul că "parcă una din persoanele prezente în preajmă, percepută de ea ca prezentă acolo," "are ceva cu ea", fenomen ce la fel de brusc se deconectează. Trăirile migrează (sau se complexifică) de la alterarea prin discontinuitate a spaţiului trăit în raportarea la lume (ca preajmă) prin act, spre alterarea structurii spaţiului relaţiilor interpersonale, interumane.

Simpla prezenţă fizică a altei persoane în prejmă e suficientă pentru stabilirea unui contact psihic, a unei legături interpersonale (ce-i drept nedefinită dar totuşi neplăcută) fără ca distanţele "spaţiului interpersonal" să fie parcurse. De aici nu e decît un pas pînă la fenomenul xenopatic din cadrul relaţiei senzitive cînd, orice persoană prezentă în faţa pacientului prin simpla sa prezenţă în spaţiul prejmei, are acces la intimitatea bolnavului cunoscîndu-i d"emblè" gîndurile, intenţiile etc. Desigur, în aceste cazuri persoanele prezente nu contează prin individualitatea lor ci doar ca pretext pe care individul proectează sentimentul său de a fi descoperit cu intimitatea sa în faţa tuturor, în faţa mulţimii anonime la fel cum acel "cineva" care "parcă" era în spatele pacientei noastre sau "parcă" o urmărea în casă, nu avea nici-o identitate. Ceea ce e esenţial şi fundamental e alterarea structurii spaţiului, atît a spaţiului raportării individ-lume cît şi a spaţiului relaţiilor interpersonale, spaţii care de fapt se interconectează, şi se interpătrund. Si această alterare a spaţiului, în cazul de faţă, face să nu mai poată exista "distanţe" în relaţiile interumane (şi la fel perspective şi puncte de vedere) şi toul să se reducă la situaţia limită a contactului realizat dintr-odată, total, nediferenţiat şi vizînd intimitatea. Dincolo de această situaţie în alterări psihopatologice mai grave, spaţialitatea trăită se destructurează pînă la un nivel în care nu mai contează nici spaţiul preajmei, nici prezenţa percepută a cuiva (deci un obiect al lumii prezent în spaţiul fizic perceput nemijlocit) ca agent posibil al penetraţiei spre intimitate ~~spre intimitate~~. Va persista doar tema penetraţiei trăită în contextul unei despaţializări agorice globale. Nu mai e necesar ca un altul să fie prezent în proximitatea individului, văzut şi identificat de el ca o persoană şi prin această simplă prezenţă acesta să contracteze un contact nemijlocit cu intimitatea pacientului. Intimitatea sa e într-un vizor general, şi "ei" "de oriunde"

(deci neprezenţi hic et nunc) îl vizează prin mijloace de acţiune la distanţă fapt pentru care, corpul ca spaţiu nu poate fi un paravan în nici-o modalitate. La acest nivel sîntem în plin automatism mental.

In toată discuţia de mai sus, esenţial era nu dacă celălalt sau ceilalţi care aveau acces la intimitatea persoanei apăreau cu intenţii agresive sau nu, ci însăşi faptul că avea acces; căci doar acest fapt ţine de alterarea faţetei şi structurii spaţiale a organizării personalităţii existînd în lume. De fapt, de Clerambaud (54) a sesizat cu multă perspicacitate (descriind automatismul mental) cum acesta poate apare ca atare, ca fenomen constatat, fără neapărată trăire paranoidă (deci de intenţie agresivă, rea a celui ce ajunge să aibe acces la intimitatea psihicului). Si dacă Merleau-Ponty spunea că halucinaţia e în primul rînd o turburare a trăirii spaţiului, acelaşi lucru şi într-un grad poate mai mare se poate spune despre automatismul mental.

Dintr-o altă perspectivă, Stroch a analizat cu penetraţie cum în schizofrenie spaţiul se omogenizează în sensul că dispar limitele dintre spaţiul meu şi "spaţiul altora". Schizofrenii au senzaţia că lumea se întinde la infinit, foarte departe, fără ca ei să poată intra totuşi în această lume. Schizofrenul trăeşte o "deschidere" periculoasă a acestui spaţiu în care a lăsat neajutat la cheremul lumii. El resimte şi crede că nu mai are un spaţiu a lui, particular, în care să se poată baricada împotriva intervenţiilor celor din jur, motiv pentru care acţionează dur şi colţuros. Sau dimpotrivă, realizează o baricadare totală ca în autism, ca o carapace dramatică la fel ca în metamorfoza lui Kafka. Şi Minkowski descrie dificultatea schizofrenului (în anumite forme de schizofrenie) de a delimita un spaţiu al acţiunii şi prezenţei; acesta se deschide mereu printr-un fel de politică "de l-au delà" fără limite, fără posibilitatea persoanei de a mai ajunge la un capăt. Acest fenomen

descris de Minkowski - şi care într-o anumită măsură convine şi psihastenicului - relevă de fapt mai mult dificultatea delimitării personalităţii prin act (delimitare desigur şi spaţială) într-un domeniu al "persoanei ce acţionează" şi un "domeniu al lumii circumscris ca teritoriu al acţiunii". In situaţia semnalată, ambele aceste teritorii se diluează ca limite şi se interpătrund.

Preocuparea noastră este axată însă pe studiul fobiilor nepsihotice. Am condus însă discuţia de la formele reactive şi pînă la cele limitrofe psihozei sau psihotice, pentru a încadra într-un context o turburare ce se întîlneşte frecvent la fobicii nepsihotici (la nevrozele fobice) şi anume incertitudinea în domeniul trăirii lumii ca spaţiu mergînd pînă la o "de-spaţializare". Mai precis, imposibilitatea de a mai trăi lumea ca spaţiu, ca un mediu al acţiunii proprii posibile şi prin aceasta un mediu protector, de unde, trăirea unui pericol potenţial care-şi poate face loc prin culoarele necontrolabile (ale spatelui) sau oriunde din preajmă, pericol resimţit în primul rînd ca o vulnerabilizare în faţa socialului, a altuia (care-l poate viza sau ataca). In nevroza fobică acest aspect al psihopatologiei se poate exprima în variate feluri şi în primul rînd ca sentiment al "spatelui descoperit şi nesigur". Acest simptom e universal al agorafobici deşi nu totdeauna el apare sub această formă explicită ("parcă e cineva în spatele meu şi trebuie să mă întorc şi să verific"). Cel mai des se exprimă în alegerea (atunci cînd se află într-un loc public), a unor locuri privilegiate, din care individul poate avea sub ochi întreaga asistenţă pe cînd în spatele lor nu e nimeni. O altă variantă universală la agorafobici este "frica de aglomeraţie" (fundată în stările de angoasă sau panică care-l cuprind pe individ în mijlocul mulţimii). Mulţimea prezentă în jur are acces hemijlocit la persoană, dată fiind de-spaţializarea, ea coagulează într-un monolit ce se prăbuşeşte concentric spre individ şi această situaţie e trăită ca echivalentul unui atac. Frica de întuneric este şi ea pînă la un punct legată de aceste

trăiri, deoarece întunericul este prin el însăşi o de-spaţializare a lumii. Si în întuneric, fobicul trăeşte aşteptarea anxioasă a posibilei emergenţe a unui altul din orice direcţie sau panica (şi groaza) cînd imaginarul completează fantasmic unii indici în acest sens. Alteori, trăirea poate lua forme mai particulare. Un pacient urmărit de noi care avea o intensă fobie de aglomeraţie (motiv pentru care nu putea călători nici cu trenul nici cu tramvaiul), care trăia o mare jenă în public (parcă lumea l-ar privi, fixa etc.) mai prezentă şi următoarele senzaţii neplăcute: mergînd pe stradă avea uneori trăirea că parcă "ceva" (în cazul acesta nu "cineva")îl împinge sau îl trage din spate; dar senzaţia cea mai neplăcută consta în aceea că, de cîte ori se apropia de un colţ trăia teama că, după colţ va fi cineva care-l va pocni în cap. Pacientul de mai sus era un nevrotic clar structurat ca atare; precizarea e necesară deoarece multe din simptomele amintite pînă aici (între care mai ales vulnerabilizarea spatelui pentru atacul cuiva) pot fi simptome de debut a unei psihoze.

APENDICE

Redăm aici, în rezumat opiniile neuro-patologului Janeraud (42) deoarece ne par a fi în strînsă legătură cu o serie de probleme pe care le-am adus în discuţie pînă aici şi ne vor fi utile şi în următorul paragraf:

La cazul studiat de el Janeraud constată (în urma unei remisiuni după două accidente vasculare) o turburare care nu e localizată numai în sfera oculomotorie ci cuprinde întreaga motricitate; întreaga tentativă gestuală a bolnavului către spaţiul exterior e dezorganizată, duce la eşec. Autorul subliniază că spaţiul obiectiv al clasicilor în care datele senzoriale erau "completate" intelectual, trebue conceput ca spaţiu perceput de către subiect; iar subiectul nu este un spectator pasiv ci un "subiect care percepe" cu implicaţia dinamică a acestui cuvînt. In perioada fixării privirii asupra unui obiect, fixare prin care obiectul e recunoscut (timp gnozic propriuzis) s-a demonstrat prezenţa unor mişcări oculare foarte fine şi a căror amplitudine maximă corespunde unghiului de deschidere a maculei; în cursul fixării aceluiaşi obiect sub aceaşi iluminare se pot observa fine vibraţii pupilare şi ale curburii cristalinului; toate acestea sunt pentru formă şi pentru perspectivă ceea ce deplasările perspectivei şi acomodarea sunt pentru spaţiu sau distanţă. Noţiunea de "instrumentalitate a corpului" ne introduce într-un

spaţiu construit prin actul perceptiv al subiectului ce percepe. In acest sens, proprietăţile unui spaţiu pretins "obiectiv" primar, nu au existenţă proprie ci se integrează în relaţia pe care actul perceptiv o creează între subiectul ce percepe şi obiectul perceput. Aceste calităţi obiective (distanţe, dimensiuni aparente) nasc din "intenţionalitatea mea asupra ...." şi nu îmi preexistă decît ca date pur abstracte, ca date "de perceput". Percepţia obiectelor ca lucruri abstracte şi nu ca "utilizabile de către mine" nu este o percepţie adevărată ("este un "a vedea fără a privi"). La subiectul normal, "a percepe" nu e distinct de "a acţiona" pentrucă posibilitatea unui corp de a merge către obiectul perceput şi de a-l utiliza este însăşi spaţiul. Cînd corpul pierde această calitate prin care eu pot acţiona asupra lumii obiectelor, această dimensiune instrumentală, spaţiul se aneantizează. In lipsa mişcărilor de orientare adevăratem de explorare, bolnavul se găseşte rapid în situaţia subiectului ce priveşte fără ţintă, absent. Trebue să subscriem la noţiunea unui spaţiu construit prin actul perceptiv al subiectului ce percepe. Spaţializarea nu e o perfecţionare a percepţiei. Lucrurile nu sunt dispuse "în spaţiu", în faţa mea ca şi elemente de decor pe o scenă de teatru ci spaţiul există "à travers cets choses", pe care eu la percep ca cîmp al posibilităţilor mele asupra lor. Percepţia mea mă spaţializează, punîndu-mă într-o anumită relaţie cu lumea obiectelor şi deschizîndu-mă nu asupra obiectelor absolute" ci asupra calităţilor spaţiale ale acestor obiecte. Priza subiectului asupra lumii (ancorarea în lume) este originea spaţiului. Turburările mişcărilor ochilor reprezintă în acelaşi timp o cauză şi o consecinţă a despaţializării; mişcările oculare aparţin corpului, instrument spaţializant şi nu sunt decît o modalitate a fiinţei în spaţiu etc.

Opiniile neuro-patologului Janeraud reproduse mai sus sunt desigur foarte interesante şi importante. Considerăm totuşi că lucrurile şi lumea au şi spaţialitatea lor obiectivă, alături de spaţialitatea fenomenologic-psihică (spaţiul trăit) care se institue prin însăşi actul de raportare intenţională a subiectului faţă de lume. Cu alte cuvinte, utilizînd datele fenomenologiei optăm pentru o perspectivă realistă şi nu pentru una neo-kantiană.

II

Persoana ca domeniu, domofilia şi fobia străzii.

Dacă spaţiul în perspectivă fizico-matematică nu poate fi definit în afara mişcării (sau a grupului de transformări) şi dacă spaţiul trăit, deci în perspectivă fenomenologic-antropologică nu poate fi discutat în afara actului (a raportării active a individului la lume), rămîne totuşi de discutat dificila problemă a "locusului",("a toposului").

In "limbajul cosmic" Lincos al lui Freudenthal, (55),pentru introducerea noţiunilor spaţiale se utilizează mai întîi cuvîntul

Loc(fl locus=loc); apoi se introduce cuvîntul Spa(fl spatium= spaţiu) care reprezintă mulţimea tuturor locusurilor considerate ca punct. In afară de această considerare abstractă a spaţiului ca mulţime a tuturor punctelor, într-o perspectivă fizică (Alexandrov)(56) spaţiul-timp ar putea fi considerat ca mulţimea tuturor evenimentelor din lume, din care s-au abstras toate proprietăţile cu excepţia acelora, determinate de structura sistemului de relaţii în care unele evenimente acţionează asupra altora. Desigur, putem imagina o perspectivă eclectică asupra spaţiului (şi timpului) care să împace şi pe cei ce consideră spaţiul ca mulţimea tuturor punctelor (obiecte) şi pe cei ce-l consideră ca derivînd din relaţiile dintre evenimente: vom considera deci o realitate care este "punct (locus)-eveniment" şi care e în interrelaţie cu alte realităţi asemănătoare. Dar o astfel de realitate nu trebuie construită dacă ne aplecăm asupra lumii nu doar ca matematicieni sau fizicieni ci ca filosofi care acordă obiectelor lumii statut de independenţă şi de existenţă obiectivă în raport cu omul, dacă spunem - împreună cu Aristotel - că obiectul intelectului e realitatea (fiinţa reală)(57). De fapt, aşa cum menţionam, Aristotel a făcut o analiză profundă a locului (topos) pe care -l consideră ca inseparabil de obiectul sau fiinţa respectivă, fiind de fapt o limită a ei evidenţiată de relaţia cu alte obiecte. Locul este o categorie spaţială strîns legată de lucru şi de extinderea acestuia. Să urmărim această problemă a locului privitor la persoana umană.

In cazul persoanei umane conştiente mature ce se raportează activ la lume "spaţiul trăit" ia naştere din această raportare activă. Dar actul pleacă, emerge, dintr-un "loc" care e cel al persoa-

nei şi care, în primă instanţă, e centrul lumii ca spaţiu. Desigur, lumea ca spaţiu odată structurată, ea apare ca un orizont spaţial universal care învălue (cel puţin potenţial) toate obiectele lumii şi între ele şi proprie persoană în calitate de obiect al lumii. Dar, pe lîngă calitatea sa de obiect al lumii prezent în lume ca oricare altul x) persoana îşi păstrează, din punct de vedere spaţial, calitatea de "locus", de "topos", de loc de înrădăcinare, centrare şi emergenţă, loc care - dat fiind că are extensie - e de fapt un domeniu. (Vom utiliza <u>simbolul</u> înrădăcinării pentru a comenta raportul "viu" - absolut necesar ca o condiţie de existenţă - a persoanei umane cu preajma sa istorică, raport care întreţinînd relaţii nu dizolvă limitele şi deci calitatea de "loc" a persoanei).

Pentru discuţia din paragraful de faţă vom utiliza următorul caz clinic, ca un caz de referinţă.

6) O pacientă de 33 ani se internează după ce 6 luni nu eşise din casă. Chiar şi acasă prezenta deseori o stare de anxietate, simţea nevoia ca cineva să fie cu ea, avea "o frică de singurătate". Resimte de asemenea, o mare stare de nervozitate, irascibilitate, emotivitate, deseori palpitaţii şi crize de plîns. Răul începuse să se instaleze în urmă cu 7 luni într-o perioadă în care era obosită şi enervată de prea multe vizite ale cunoştinţelor şi neamurilor, faţă de care nu se putea exprima urît şi nu-i putea refuza, trecînd toată nemulţumirea în fundal. Astfel, se simte tot mai obosită şi "nervoasă"; într-o seară trebuie să meargă pînă într-un loc pentru a rezolva ceva şi-l roagă pe soţ să o însoţească; aceasta refuză sub motivul că era foarte obosit ceea ce pe ea o supără foarte mult; nu comunică acest lucru soţului decît a doua zi, bineînţeles spre mirarea acestuia (în general obişnuia ca o nemulţumire să nu o comunice direct ci într-un fel "răutăcios" să se răsbune ulterior). In aceaşi zi, mergînd să cumpere ceva, simte o greutate imensă de a sta la rînd, ar vrea ca totul să se rezolve repede, fără aşteptare (regretă că a dat vînzătoarei o bancnotă de 100 lei şi trebue să aştepte restul). De atunci apar dificultăţile de a merge după cumpă-

---

x) Faptul a fost remarcat şi subliniat de L.Feuerbach (58) ca de unul din părinţii antropologiei filosofice. Iată ce spunea el în "Principiile filosofiei viitorului": "Existenţa concretă este prima existenţă, primul mod de determinare. Sunt aici (s.a.) - iată primul semn al fiinţei reale, vii ... Aici (s.a.) este primul hotar, prima despărţire ... <u>Determinarea locului e prima determinare raţională, pe care se sprijină orice altă determinare</u>" (s.n.). Limitarea în spaţiu şi timp este prima virtute, diferenţa de loc e cea dintîi diferenţă a ceea ce se cuvine şi ceea ce nu se cuvine ... <u>pentru nebun, locul e indiferent, el face orice în orice loc, fără deosebire. De aceea nebunii redobîndesc raţiunea, cînd se simt legaţi de loc şi timp (s.n.)</u>".

rături, apoi de a merge pe stradă, totul amplificîndu-se pînă la claustrarea sa în casă timp de 6 luni.

Contextul şi fundalul istorico-caracterial în care se dezvoltă aceste simptome e următorul: Creşte într-o familie cu 7 fraţi, de la 4 ani avînd un tată vitreg, un om rece, dur, nepăsător, care o bătea des şi pe care deseori ulterior îl visa în coşmaruri ca ameninţînd-o. Mama: "nici-odată nu mi-a oferit dragostea de care aveam nevoe şi de aceea nici nu pot să spun că ţin la dînsa"; în copilărie a asistat la multe certuri familiare.

Creşte ca o fire sociabilă dar mai ales foarte ambiţioasă şi mîndră. I-a plăcut să fie în societate, între cunoştinţe, prietene, la spectacole (spre deosebire de soţul ei care e un militar tăcut, serios, calm, căruia nu-i plac distracţiile şi în plus lipseşte mult de acasă). Şi după căsătorie a continuat să activeze în echipe culturale unde spunea poezii etc. Foarte ambiţioasă, nu dorea să aibe nimeni ceea ce avea ea (în care sens prospectează casele cunoştinţelor). De cînd are casa ei se ocupă foarte mult de casă de ordine, de curăţenie, dar şi de dotare (să fie în casă tot ce trebue şi de bună calitate) şi de aranjament (să se poată mîndri cu casa ei). Nu-i place să dea nimic din ce-i al său (fără a fi exagerat sgîrcită), doreşte ca toate să fie aşezate aşa cum doreşte ea (vizitatorii prea mulţi o supără tocmai pentrucă perturbă această ordine numai de ea ştiută). Cînd începe curăţenia în casă aceasta durează o săptămînă, problema curăţeniei fiind una din principalele probleme care o preocupă. Se mai descrie ca "alintată" în sensul că-i place să fie băgată în seamă şi alintată de alţii. Sensibilitate deosebită la mirosuri.

Din istoria vieţii e de reţinut: A fost crescută foarte strict trebuia să fie acasă la ora fixe. Acest lucru o "rîcîia", şi în pubertate imagina fantasmic să se răsbune pe familia făcînd un copil. Cînd avea 15 ani, mama ei fiind însărcinată, ea e invidioasă, nu doreşte să aibe un nou frate. Mama avortează ceea ce o uşurează sufleteşte, dar se simte şi ea rău, stă şi ea culcată în pat cînd mamei i se face rău. La 17 ani "fuge" de acasă (de fapt se mută la o soră de-a ei) neacceptînd o căsătorie pe care familia o preconiza, La 18 ani e logodită dar logodnicul moastre într-un accident. La 19 ani se căsătoreşte; soţul o cucereşte prin faptul că se poartă foarte fin şi delicat cu ea, nu o sărută decît la căsătorie şi, deşi nu e o fire brutală, la nevoe ştie să fie energic. Cam din perioada căsătoriei simte un rău "ca o nervozitate în stomac", inconstant însă şi care nu o supără prea mult. Tot în perioada căsătoriei mai e prezent un eveniment notabil. Are o erupţie cutanată pe abdomen şi e convinsă că are sifilis (!!!) deşi nu avusese nici-o legătură sexuală şi nici în familie nu se semnalase boala. Viitorul soţ o linişteşte dar rămîne cu o frică de cancer care persistă pînă la ultima internare şi care nu o vizează doar pe ea; soţul are la un moment dat o inflamaţie şi ea se frămîntă cîteva săptămîni în tăcere cu gîndul cancerului posibil; o afecţiune a unei cunoştinţe îi ridică aceaşi problemă. In genegal e "panicardă" - spune bolnava - dacă soţul sau fetiţa întîrzie de acasă se gîndeşte imediat dacă nu s-a întîmplat cumva ceva rău şi verifică cu telefoane.

Cu 5 ani înainte de ultima internare a mai prezentat un episod nevrotic. Răul a început atunci cu o cefalee în cursul unei şedinţe unde erau foarte mulţi oameni. Peste două zile, acasă fiind e cuprinsă de o stare de panică: "miee frică", "mi-e frică" spune ea soţului trimitîndu-l după medic. Ulterior, senzaţiile neplăcute, "neliniştea din stomac" se accentuează. In plus, cînd merge pe stradă simţea cum că parcă "calcă în gol"; totuşi aceasta nu o împiedică să se deplaseze singură pe stradă. Episodul nevrotic se rezolvă destul de rapid şi uşor, mai ales după ce un medic îi spune că trebue să se stăpînească singură. De la acest episod pacienta rămîne cu o cefalee care cedează la antinevralgice şi cu dificultatea de a mai sta la şedinţe sau în săli cu multă lume, avînd mereu frica să nu i se facă cumva rău şi să se facă de rusine. De aceea alege mereu lo-

curi lîngă uşă (pentruca să se retragă în eventualitatea că i s-ar face rău şi astfel lumea să nu observe).

Cînd se instalează episodul actual, în perioada în care mai eşea încă din casă, pe stradă avea aceaşi senzaţie de "a călca în gol" şi atunci mergea drept înainte fără a privi în jur, grăbindu-se deşi simte că picioarele îi tremură şi parcă "i se taie"; simte un rău ca o neliniste în abdomen ce se transformă apoi în palpitaţii şi ameţeli? trebue să se sprijine, se stăpîneşte cît poate şi se întoarce în grabă acasă, dacă găseşte cu un taxi. In orice caz nu cerea ajutor nimănui şi face tot posibilul ca nimeni din jur să nu observe răul ei. Gîndul care o terorizează în aceste momente e că s-ar putea să-i vină rău să leşine şi să se facă de rîs în public. Stările pustii sau cu puţini oameni, mai ales seara sunt mai suportabile, dar cu cît e mai multă lume pe stradă cu atît panica e mai mare. Insoţită de cineva fin familie e ceva mai uşor să umble pe stradă. In timpul tratamentului, deşi locueşte doar la 500 m. de spital, vine la început cu taxiul. Perioada cea mai penibilă era înainte de a pleca de acasă.

Problemele pe care le ridică un caz ca cel de mai sus sunt multiple. Vom remarca la început că "de-spaţializarea" pe care o trăeşte această pacientă e de un alt ordin. In plin "spaţiu agoric" prezenţa mulţimii este greu de suportat dar nu pentrucă o despaţializare interpersonal-socială ar face ca alţii să aibe acces uşor şi nemijlocit la domeniul intim al persoanei şi astfel, indiferent de intenţie, să fie jenanţi. In cazul de faţă mulţimea e trăită de pacientă ca "judecător posibil" care ar aprecia-o (judeca-o)negativ în cazul în care i s-ar face rău (situaţie care e trăită panicard fantasmatic de pacientă pe stradă) şi e resimţită deci mai mult ca o prezenţă morală decît fizică; în schimb pacienta trăeşte o despaţializare a spaţiului fizic, situaţie pe care foarte plastic o denumeşte "sentiment de călcare în gol" şi care se însoţeşte de trăiri vegetative şi tonic posturale. Acestea fiind spus, nu ne vom ocupa în continuare de analiza scheletului motivaţional al cazului (din perspectivă mai mult sau mai puţin abisală) ci vom încerca să discutăm substanţa factologică a cazului; vom pleca de la realitatea faptelor spre motivaţia posibilă încercînd a degaja, prin comparare cu alte cazuri, profilul fundamental al fobicului, nu numai motivaţional, simptomatologic sau temperamental ci în desfăşurarea sa dramatică.

a) Tendinţa de a sta cît mai mult acasă, în casă.(Domofilia)

Acesta e de fapt principalul simptom pentru care pacienta e

adusă la medic. Dar înainte de a deveni simptom patologic, filia spre propria casă-cămin (domo-filia) era deja o marcă majoră a existenţei pacientei: se îngrijea foarte mult de casă, de dotarea ei, de aranjamentul ei şi mai ales îi plăcea să stea acasă.

Pentru cazul de faţă (şi pentru quasitotalitatea nevroticilor fobici nucleari, am spune noi) faptul e explicabil prin lipsa de cămin cald, afectuos stabil şi securizant în copilărie. Intr-o prelucrare statistică a materialului nostru clinic, peste 90% din fobicii nucleari prezintă această dramă a copilăriei, dublată de filia spre casa cămin la vîrsta adultă. Dar fenomenul se înrădăcinează profund într-o modalitate existenţială umană, aşa încît fobicul trăeşte doar exagerarea unei valenţe ce o poartă orice om.

Existenţa fiecărui individ, considerată într-o largă perspectivă, are o ordonare centrată pe un nucleu (spaţial) cu valoare de "acasă" (încărcat afectiv de securitate, certitudine, degajare, calm intimitate, loc de început al pornirii desfăşurărilor în lume). Acest "acasă" poate fi considerat din multiple incidenţe, dar din ori şi care, el se referă la o înrădăcinare, la un sentiment de apartanenţă. şi intimitate. Căci "acasă" mai e un loc unde dormim, loc unde fără risc acceptăm să ne depersonalizăm în somn. Important e că acest "acasă" e un <u>loc</u>, are deci o plasare, o limită, o înrădăcinare spaţială într-un anumit fel structurată (chiar dacă aceasta se reface de mai multe ori în decursul existenţei). La nivel biologic putem vorbi nu numai de cuib x) (locuinţă, stup) ci, aşa cum în zilele noastre e definitiv demonstrat, şi de un teritoriu propriu (ca un cîmp permis de căutare şi procurare a hranei). Antropologia demons-

x) Locuinţa la animalele ce-şi nasc şi îngrijesc puii e ceva profund aderent de instinctualitate iar imixtiunea în (sau distrugerea) locuinţei animalului determină o profundă reacţie şi perturbare instinctivă. Intr-un fel s-ar putea spune: casa proprie e "ceva" de domeniul instinctului.

trează că microgrupul uman primitiv a avut pe lîngă locuinţă şi un teritoriu propriu, chiar în faza de culegător sau vînător(59). Faptul s-a perpetuat în istoria civilizaţiei, de la înrădăcinarea în polis la înrădăcinarea în ţară. Desigur, se poate vorbi de o înrădăcinare etnică, dar aceasta rămîne o abstracţie fără fundalul său topic şi figural. Inrădăcinarea regională şi comunală sunt desigur mult mai pline de substanţă "reală" dar nucleul acestor înrădăcinări rămîne tot un loc delimitat restrîns şi a cărui model e casa familiară (el poate fi şi strada sau cartierul dar acestea nu au valoarea delimitativă tip). Mergînd mai departe, ca locus, a înrădăcinare de ultim ordin e desigur corpul individual, dar aşa cum menţionam în altă parte, el nu se limitează la invelişul cutanat şi fanere. Iar casa familiară e acel domeniu care încă mai poate combina pe a avea cu continuumul ancorajului.

Casa în care trăim e mai mult decît o simplă clădire, e un spaţiu care e mediul firesc al realizărilor noastre de sine. Tot ceea ce se întîmplă în această casă are calităţi istorice, e legat de ieri, azi şi mîine. In această casă există şi legături interpersonale pentrucă în ea locuesc şi "ceilalţi" cu care individul se află într-o anumită raportare erarhică (Göppert) (60). Locuinţa proprie nu e numai o încăpere cu un anumit grad de confort ci un spaţiu animat, investit cu afectivitate şi - în permanenţă - actualizarea unui trecut (Schulte)(39). Desigur, fiecare om - şi la fel fiecare tip caracterial normal sau anormal - are locul lui, spaţiul lui viabil propriu care e singurul ce asigură desfăşurarea degajată a comportamentelor despre care individul să poată spună că sunt "ale sale". Pentru megalomanul histeroid locul optim de realizare este piaţa publică, pentru instabilul fantast dromoman, permanenta călătorie; dar pentru fobic, spaţiul propriu şi securizant prin excelenţă este casa proprie. Casa proprie e ceva de ce ne simţim "legaţi" ~~obligaţi~~ pentru că a avea însemnă a se ataşa.

Orice palier al "înrădăcinării" poate fi, prin negarea sa,

palier de desrădăcinare. Modalităţile pe care psihologia ca dramă şi psihopatologia le înregistrează ca fiind legate de desrădăcinare sunt multiple. Principalul mod psihopatologic ce se trăieşte în desrădăcinare este trăirea depresiei modulată mai ales ca nostalgie. Dar sunt posibile de asemenea, reacţiile primitive (piromanie,omucidere etc) studiate de Jaspers sau reacţiile paranoide (Schneider) (61). Desigur, desrădăcinatul tinde spre revenire, spre reinstalarea sa în spaţiul pierdut. Pentru trăirile din gama fricii (pentru psihopatologia fobiei) caracteristică e însă tendinţa către o cît mai solidă înrădăcinare în spaţiul propriu; de unde retragerea spre casă. Să menţionăm în treacăt un caz:

7) O pacientă face un impas şi apoi o dezvoltare nevrotică în urma unei masive încărcări a fundalului cu trăiri psihice conflictuale şi anergizante; într-un interval scurt de timp îi moare tatăl, e dat afară din slujbă, face o hepatită epidemică şi termină, - după multe scandaluri - divorţul cu un soţ cu care făcuse o căsnicie mizerabilă şi chinuită timp de 7 ani. Caracterial era o perfecţionistă cuminte şi ascultătoare: totdeauna a muncit foarte mult dar doar ceea ce i se cerea, <u>ţinea ca totul să fie în ordine</u>, <u>simţea nevoia să fie condusă</u>.

Impasul nevrotic se desfăşoară în special cu fobii: fobie la trecerea unei străzi largi, fobie de aglomeraţie (nu suportă să fie la mijlocul mulţimii sau la mijlocul unui rînd), stare de rău cu transpiraţii şi vertij pe stradă, la mijlocul drumului dintre casă şi serviciu. De fapt, aşa s-a şi instalat răul său nevrotic: ca un <u>rău ce apărea pe stradă, pe măsură ce se depărta de casă</u>; la un moment dat se oprea în panică, nu mai putea face nici-un pas şi în aceste situaţii ruga pe un trecător (chiar pe un copil) să o conducă de mînă pînă la un telefon de unde chema un taxi pentru a merge acasă. Acasă răul se liniştea. Se retrage treptat din orice activitate în domeniul social, de la distracţii şi relaţii sociale. <u>Culmea binelui şi lucrul spre care tinde este să stee acasă</u>; cel mai bine se simte cînd stă acasă, culcată în pat, în prezenţa unei persoane securizante iar culmea răului în mijlocul străzii.

Retragerea spre casă, spre existenţa în casă e de fapt o retragere din inserţia activă în lume, e retragerea într-un domeniu uşor de stăpînit (şi familiar) şi prin aceasta intim domeniu paşnic. Desigur, această filie spre casa cămin se poate desfăşura pe diverse planuri şi în diverse moduri; de la o simplă trăsătură caracterială - imprimată prin educaţie, tradiţii, pe un anumit fond temperamental - şi pînă la forme monstroase quasi-psihotice sau psihopatice, cum e de ex. următorul caz descris de Courbon (1924)(62).

8) Un individ rămîne claustrat în camera sa 13 ani !!!, neprimind pe nimeni şi discutînd doar prin uşă cu mama sa (care-i dădea cu aceasta ocazie mîncare şi ziare). După moartea mamei este transportat din camera sa infiorător de murdară, la spital, unde se constată cu uimire că e perfect abordabil, nu prezintă nici urmă de disociaţie, turburări psihosenzoriale sau delir şi nici fenomene de automatism mental sau ambivalenţă. Pacientul îşi explică claustrarea prin timiditate şi autorii refuză diagnosticul de schizofrenie explicînd totul printr-o abulie monstruoasă la un psihastenic.

In orice caz, filia pentru casă (domofilia) şi retragerea în casă sunt fenomene universal valabile pentru orice agorafobic(şi am spune chiar pentru orice fobic nuclear) fapt care pentru noi rezultă clar din întreg materialul pe care l-am studiat. Unul din pacienţii noştri care, în ciuda unei bogate simptomatologii de tip agorafobic şi-a continuat mult timp activitatea (încercînd să se stăpînească, să se dirijeze, să ţină în frîu crizele de angoasă ce-l cuprindeau în tramvai sau pe stradă) ne spunea că <u>acasă se simte de lo ori mai bine decît atunci cînd e plecat de acasă.</u>

Retragerea în casă şi în cameră e desigur şi o caracteristică a depresivului dar la acesta, chiar în spaţiul propriei camere, persistă bradipsihia şi dezinteresul faţă de existenţă cu "paloarea lumii" şi a trăirilor datorită unei anumite depersonalizări cu devalorizarea lumii (Gebsttal)(63). La fobic, însă, deobicei în spaţiul securizant al casei proprii se păstrează interesele vitale, vivacitatea şi capacitatea de desfăşurare activă, atîta doar că acestea au nevoe de un gir de asigurare formulat şi delimitat în lumea ca spaţiu cunoscută şi stăpînită. Rezerva de a se desfăşura în lume, de ex. de a merge în lume, pe stradă în aglomeraţii nu poate fi strict tematică cum postulează psihanaliza (apărarex împotriva tentaţiei de aventuri sexuale, de exchibiţionism etc.) (64). Fenomenul se referă la întreaga dimensiune a personalităţii care trăeşte o dificultate de a se desfăşura în "spaţiul agoric" (preferînd spaţiul casei) şi nu doar la un punct motivaţional.

Claustrarea în casă a fobicului trebue pusă în legătură cu o turburare de un anumit fel a existenţei desfăşurate în lume a persoa

nei prin act şi activitate (a persoanei actante) care, indiferent de nivelul perturbării motivaţionale, crează un baraj pe calea acestei desfăşurări active. Acest baraj delimitează un teritoriu (de variabile dimensiuni şi configuraţii) în raport cu care, în interior existenţa activă şi degajată e posibilă, dar dincolo de care ea nu poate trece în mod natural; individul rămîne crispat în faţa barajului, cu actul montat dar neputîndu-se desfăşura (şi cu imaginarul de asemenea, în alertă). Limitele casei proprii sunt deoseori la fobic astfel de zone marginale - de baraj -. Plecarea de acasă este foarte dificilă, răul angoasant e cu atît mai mare cu cît se depărtează mai mult de acasă. Unele cazuri - din cele studiate de noi prezentînd o structură caracterială de tip fobic - făceau crize de angoasă cînd erau foarte departe de casă (în altă localitate, în locuri străine) cu atît mai frecvent sau intens cu cît erau mai departe (de ex. în străinătate) pentru a face foarte rar în oraşul propriu şi a se simţi excelent acasă.

Janet formula într-o lucrare de sinteză (65) a sa că "orice fobie, de orice fel, e o fobie de act (mai precis de situaţie, adică de acţiune în anumite circumstanţe); fobia de un obiect priveşte acest obiect ca un simbol al unui act profesional - spunea Janet - obiectul ce determină angoasa e mai ales un obiect ce intervine într-o acţiune ce trebue executată; obiectul e o ocazie, la fel ca şi contactul, esenţial e actul". Aceste concluzii ale marelui psiholog care s-a ocupat o viaţă întreagă şi de fobii cîştigă în profunzime dacă "traducem" perspectiva sa comportamentalistă; adică dacă - aşa cum formula Minkowski - am spune în loc de "totul se reduce la act, totul se traduce prin act". In acest sens actul nu e ceva la care existenţa umană poate fi redusă ci el traduce existenţa umană şi în acest sens actul isvorăşte de undeva, ia naştere din persoana umană şi domeniul său. Actul se poate bloca ca intenţie şi atunci el rămîne claustrat în corpul organismic al persoanei şi acesta e cazul abuliei ca cea mai gravă formă de retragere din

lume a fobicului (pacienta 7); dar abulia fobicului nu înseamnă lipsă de intenţii (ca la depresiv) ci lipsa posibilităţii de demaraj. Intr-o altă formulă, actul se poate desfăşura doar într-un domediu asigurat şi stăpînit (ca avere, cunoaştere şi continuum delimitat) cum e de ex. casa proprie, dincolo de acest domeniu realizîndu-se mult mai dificil sau chiar prăbuşindu-se întreg ancorajul, întreaga arie de angajare (şi priză) activă a individului asupra lumii cu dispariţia lumii ca spaţiu al acţiunii posibile - şi drept consecinţă, angoasă şi leşin.

Inainte de a urmări cum trăeşte fobicul lumea în situaţia în care e departe de spaţiul securizant, să mai urmărim un aspect legat de înrădăcinarea fobicului în casă şi de modalitatea în care el trăeşte şi realizează actul. Mai precis vom aborda:

b) Problema ordinii, curăţeniei şi completitudinii.

La toţi fobicii urmăriţi de noi, fie că era vorba doar de forme caracteriale uşor decompensate fie de forme grave, am întîlnit invariabil o tendinţă marcată la ordine şi curăţenie a preajmei în special a casei proprii. A ţine curăţenie în casă proprie e la fel ca domo-filia, un instinct. Animalele sălbatice îşi ţin în curăţenie, cuibul şi bîrlogul, dejecţiile nu îl impurifică. Aici e vorba de exagerarea acestei trăsături normale. Această problemă poate fi abordată pentru analiză din două perspective. Una e cea simbolică şi în această direcţie a excelat psihanaliza şi analiza existenţială. Tendinţa spre curăţenie, de la curăţeania excesivă a camerei şi pînă la repetata spălare pe mîini ar putea fi înţeleasă (cauzal sau comprehensibil) ca o "reacţie" faţă de tendinţa primară spre murdărie a "caracterului anal"(66)(deci formaţiune reacţională în limbaj psihanalitic) sau ca reacţie transpusă în planul realului pragmatic, faţă de "murdăria morală", faţă de o conştiinţă morală încărcată (spălarea mîinilor la Lady Machbeth) - sau faţă de o tendinţă generală a psihismului spre murdărie,

putreziciune, descompunere" (Gebsattel)(67). Dar toate aceste interpretări axate pe un determinism (cauzal sau comprehensibil) şi care între altele fie spus se aplică în primul rînd obsesivului -nu pot eşi din dimensiunea tematicului; mai precis ele pot conveni explicării tendinţei spre curăţenie dar mai puţin sau de loc tendinţei spre ordine. Curăţenia se referă la o calitate, ordinea şi ordonarea la un fel de a fi a preajmei sau lumii, pe care le vizează ca realităţi desfăşurate spaţial. Pentru cazul fobicului în special în primul rînd întîlnim o frapantă tendinţă de asigurare a unei ordini perfecte a preajmei sale (în speţă a casei). E vorba de faptul de caracteriologie (şi limitrof psihopatologiei) a indivizilor care se simt liniştiţi dacă nu sunt toate la locul lor. Această pedanterie se conjugă în astfel de cazuri cu tendinţa la curăţenie dar semnificaţia ei e alta; nu mai poate fi vorba de o desfăşurare înrădăcinată într-o motivaţie care îşi trage o sevă dintr-un simbolism ci dintr-o motivaţie de asigurare. Preajma astfel ordonată încît toate elementele ei să fie un ştiut cert pentru individ e liniştitoare fiind un cîmp al acţiunii luat în stăpînire în raport cu o preajmă aranjată aleator.

Acest minus de spontaneitate pe care-l condiţionează necesitatea unui ordonări cunoscute a lumii are moduri variate şi nu e caracteristică numai fobicului. In discuţie intră în primul rînd obsesivul, cu al său caracter anancast. Dar la acesta din urmă fenomenul ţine de rigiditatea de ansamblu a persoanei şi ordonarea se extinde la întreg ansamblul lumii: toate trebue să fie la locul şi la rangul lor - spune anancastul - şi asta mai puţin în domeniul casei (unde poate domni şi dezordinea, anancastul neavînd o filie deosebită pentru casă ci uneori chiar un dezinteres, tratînd casa la fel ca orice loc al lumii), cît mai ales în domeniul lumii sociale, a poziţiilor, raporturilor şi ritualurilor lumii sociale. Fobicul dimpotrivă, îşi limitează pretenţiile de ordonare la teritoriul care trebue să fie pentru el un teritoriu securizant, reţinîn-

du-se de a pret nde ordine în restul lumii care şi aşa e pentru el angoasantă. In schimb, în micul său domeniu ordonat, "la el acasă", orice imixtiune a altuia e greu suportată deoarece perturbă propria ordine securizantă; şi am întîlnit nu puţini fobici (persoane anormale de tip fobic) care s-au decompensat nevrotic dacă au trebuit să împartă camera cu o nouă persoană sau dacă vizitatori sau instalat prea insistent în lumea proriei case, perturbînd-o.

Alături de tendinţa, tradusă în modalităţi pragmatice la curăţeanie şi ordonare ştiută a preajmei securizante, întîlnim la fobic şi o tendinţă la completitudine în act: un act început e deobicei dus la capăt, terminat. Această modalitate (a conştiinciozităţii şi scrupulozităţii în act) e diferită de modalitatea psihastenică de a începe multe lucruri deodată fără a le termina, dar e descrisă de asemenea, la caracterul ancasat, neobsesiv. O analiză clinică şi caracteriologică poate distinge cîteva variante ale acestei trăsături şi anume (68).

- Omul aderent de act care, pe lîngă că tot ce începe termină neangajîndu-se pe parcurs în alte acţiuni, nu poate sta niciodată fără a fi în stare de activitatem fără a face nimic; omul aderent de act pentru care a nu activa înseamnă aneantizare şi care în asemenea situaţii face "reacţii de detindere" (entlastungreaction)colorate anxios, depresiv, neurastenoid sau fobic.

- O altă eventualitate este a ordonatului meticulos care termină orice act început dar care nu numai că este aderent de muncă ci este şi un expansiv, după terminare fiecărui act angrenîndu-se în activităţi din ce în ce mai intense, ample şi complicate, deci ajungînd la o auto-suprasolicitare. Astfel ajunge în impasuri şi dezvoltări nevrotice anxioase, neurastenoide, fobice, depresive şi obsesive.

- In sfîrşit o altă eventualitate e cea a ordonatului meticulos (deseori crispat) dar care nu se lansează în activitate. Acest tip, care se întîlneşte cu predominenţă la fobicul nuclear (pur)

termină totdeauna lucrurile începute dar la fel de bine poate sta fără a face nimic practic fără ca aceasta să-l jeneze, deoarece, crisparea sa în faţa lumii îi deslănţuie imaginarul (din care se poate hrăni) şi care e absent în celelalte modalităţi. Astfel, fiind un ordonat corect şi meticulos în ceea ce face, fobicul e şi un potenţial abulic, ţinut în retragere de noeticul angoasant al lumii.

c) Fobicul şi trăirea lumii în "spaţiul străzii".

In psohopatologie, fobicul a fost deobicei descris prin simptomele sale pozitive, prin fobiile lui, fiind deobicei ignorat fondul pe care se instituie şi se detaşează figurile simptomelor şi care desigur, nu poate fi ignorat de o abordare psihopatologică largă. Această lacună am încercat să o completăm prin analiza de pînă aici, a tendinţei de înrădăcinare în casă / într-un teritoriu asigurat, stăpînit, ordonat şi cunoscut a fobicului, ca o contrapondere faţă de simptomatologia ce se desfăşoară în afara acestui teritoriu. Pacienta pe care am descris-o la începutul acestui capitol prefera să stea în propria casă pe care a ordona grijuliu (şi în care s-a şi claustrat 6 luni) iar în afara casei se simţea în nesiguranţă, parcă "călca în gol"; iar cel mai dificil moment era plecarea de acasă. Aproximativ la fel se petreceau lucrurile cu următoarea pacientă menţionată (7), cu deosebirea că prima ţinea foarte mult ca răul ce o cuprinde să nu fie observat de nimeni pe cînd cealaltă nu se sfia să ceară ajutor chiar de la un copil. Ambele trăiau însă în spaţiul străzii un rău echivalent cu o "despaţializare" fizică, cu abolirea punctelor de referinţă şi sprijin care să impună preajma ca un cîmp al acţiunii posibile; e vorba de trăirea unei despaţializări globale care se realizează în cadrul unei situaţii, mai precis situaţia de a fi în mijlocul unei străzi populate, deci într-un echivalent de "spaţiu agoric". Agorafobia a fost descrisă iniţial ca o stare de rău (trăită şi exprimată în contextul unei despaţializări) care cuprinde pe un individ cînd încearcă

să străbată o piaţă largă goală. Dar, urmărind un număr mai mare de pacienţi, se poate constata că aceasta este o situaţie specială, un caz particular, decantat din ansamblul stărilor de rău (cu simptome reactive faţă de trăirea unei despaţializări) care-l cuprinde pe pacient pur şi simplu în spaţiul străzii, mai mult sau mai puţin aglomerate. Pentru multe cazuri, aceste trăiri nu sunt legate de un loc anume, de o piaţă largă sau o stradă îngustă, de trecerea străzi sau de înălţime, ci pur şi simplu de situaţia de a fi pe stradă, în lume, departe de casă, plecat din securitatea ei (executînd actele cutumiere ale omului pe stradă).

Simptomul cel mai banal (şi mai bazal) al acestori cazuri, este, pe fondul unei stări de neliniştede anxietate, apărute pe stradă, o anumită nesiguranţă pe care individul o resimte în picioare, descrisă uneori plastic de pacienţi ca o sîcăială, neliniste în picioare şi apoi, un sentiment de parcă pluteşte, cu dificultatea de a-şi fixa privirea pe obiectele din jur.

In modalitatea acută, emoţia de spaimă realizează de fapt o hipotonie generalizată resimţită acut în membrele inferioare (care sunt principalul instrument de deplasare şi acoperire a preajmei ca spaţiu, pentru apărare sau pentru atac); "mi s-au tăiat picioarele de spiamă" se spune în mod popular. Leşinul din spaimă are, desigur şi un mecanism vascular de hipoxie cerebrală în urma stressului dar în mod cert şi un mecanism de inhibare şi scoatere din uz a corpului, capabil prin montare activă să circumscrie şi să formuleze spaţiul; mecanismele vizuale, proprioceptive şi labirintice intervin în această cădere care echivalează cu o "cădere în gol". Cînd nu e vorba de fenomenul acut, problema e desigur mai complicată dar se realizează (la agorafobic) desigur după acelaşi mecanism. Neliniştea în picioare, sentimentul lipsei de repere, sentimentul de plutire, de călcare în gol, în aer, ca şi cum în jur nu ar fi nimic, dificultatea de a prinde în privire obiectele preajmei, echivalează cu o anihilare a spaţiului (a lumii ca spaţiu), prin "des-ancorarea" in-

dividului din preajma respectivă.

Dar dacă raportarea la preajmă (care se realizează în primul rînd prin privire) rămîne totuşi posibilă într-un anumit grad? Dacă situaţia de a fi în spaţiul străzii nu realizează o "demundanizare" completă şi obiectele preajmei rămîn într-un anumit contact cu individul conştient? Două situaţii mai particulare pot apare şi anume: regresiunea spaţiului trăit la un nivel neeuclidian metric cu năpustirea obiectelor spre individ şi regresiunea spaţiului trăit la un nivel topologic cu agorafobia în sens restrîns.

9) Un pacient de 29 ani care creşte într-o familie cu o mamă bolnăvicioasă (şi pare-se şi psihastenică). De mic copil e mai nervos.La 16 ani începe să simtă că "este un om slab" care nu suportă efortul, mereu are palpitaţii. Face sport, gimnastică, cu intenţia expresă de a se fortifica şi întradevăr se simte destul de bine somatic şi psihic pînă la terminarea facultăţii. Totuşi, de la 21 ani îl jeneză destul de mult palpitaţiile care-l cuprind pe stradă; are impresia că i se opreşte inima, anxietate pronunţată, îşi controlează pulsul şi constată că e tahicardic, transpiraţii abundente. Alteori, mergîn pe stradă are senzaţia unui "vîjîit fierbinte în picioare" (!) sau că "gambele îl enervează". La 25 ani apar pe stradă crize de angoasă tot mai frecvente şi supărătoare iar la 26 ani observă că, nu mai poate ieşi pe stradă decît cu mari precauţii, dar observă că se poate deplasa fără nici-o dificultate cu bicicleta. După un an, şi pe bicicletă, în locurile asfaltate şi largi simte o panică cumplită, strînge ghidonul şi deseori trebue să se oprească pentrucă astfel se simte atras ca de un magnet de vehicolele ce vin în sens contrar. Astfel e silit să meargă pe jos, pe lîngă bicicletă, Internat într-u serviciu de psihiatrie cu dg. NEVROZA ASTENICA (!!), după un tratament se simte ceva mai bine dar pentru scurt timp, ulterior neputînd ieşi pe stradă decît însoţit de bicicletă sau de soţie. Face tratamente repetate şi se instalează un fel de periodicitate între bine şi rău. Cel mai des, pornitul pe stradă e destul de uşor dar, după cîţiva paşi piciorul devine foarte greu, începe să vîjîe(!)şi pacientul intră în panică. Uneori, în plină stradă, în panică fuge la un telefon şi-şi cheamă soţia care soseşte în mare grabă cu un taxi şi împreună merg mai departe. Seara, cînd se lasă întunericul, trebue să fie neapărat cineva alături.

La 33 ani simptomele persistă (deşi a făcut nenumărate cure de tratament în cele mai variate locuri) pacientul continuîndu-şi însă munca de inginer, în care e apreciat.

Si la pacientul de mai sus regăsim celebra "nelinişte-nesiguranţă" din picioare, descrisă foarte plastic, apoi răul ce-l invadează la îndepărtarea de casă, după ce s-a aventurat pe stradă.Apar însă două aspecte noi: în primul rînd ameliorarea la utilizarea bicicletei deci la utilizarea unui instrument de deplasare altul decît propriul corp; şi în al doilea rînd trăirea faptului că, deplasîndu-se, se simte atras de vehicolele ce vin din sens contrar.

Primul fenomen are multe faţete. Deplasarea cu bicicleta se realizează prin nişte mişcări streotipe de pedalare care pretind un efort mai mic (în ergi şi complexitate) decît mersul pe jos.In plus, mersul pe bicicletă dă o altă valoare spaţiului, parcurgerea făcîndu-se rapid şi deplasarea producîndu-se şi în momente de inactivitate a individului (prin inerţie); el nu se mai poate opri pe loc şi trăi golul, vidul din jurul său, angoasant ca o cădere prin lipsă de sprijin. Remarcăm cu această ocazie încă un fapt pe care l-am observat la toţi agorafobicii studiaţi, şi anume: toţi preferă să se deplaseze cu maşina. Atît mersul pe jos cît şi deplasarea cu mijloace de transport în comun este dificil suportată pe cînd maşina reprezintă un fel de corp-casă care se deplasează singur şi e preferat de fobici (bineînţeles cu condiţia de a fi condus de către altcineva).

Al doilea fapt remarcat la cazul prezentat mai sus este alterarea spaţiului trăit care îşi pierde - în anumite circumstanţe - calităţile euclidien-metrice reducîndu-se la un simplu spaţiu topologic (reamintim că şi structural şi în dezvoltarea ontogenetică, spaţiul topologic e cel mai fundamental pe cînd spaţiul euclidian-metric e o modalitate diferenţiată a spaţiului pe care individul şi-o însuşeşte mai tardiv). La pacientul nostru, şi deseori la agorafobic, se pierde - în spaţiul străzii - capacitatea de a aprecia distanţele, mai ales privitor, la obiectele mobile. Dat fiind că trăirea spaţiului e redusă la o modalitate topologică, obiectele percepute nu-şi mai au loc la o distanţă măsurabilă ci ele, tind să adere de individ; se şterg (din percepţie) coordonatele de plasare şi evaluare a distanţei obiectelor în spaţiu; ele devin obiecte ce tind să adere la individ (în cazul de faţă, vehicolele ce le vede venind în direcţia sa le resimte perceptiv ca venind direct spre el, spre o coliziune). Această dificultate a aprecierii, evaluării distanţei de către subiect a unui obiect în mişcarea spre el, o întîlnim şi în normalitate; de ex. în cazul ţăranilor veniţi la oraş

pentru prima dată care trec în panică strada pe care circulă vehicole sau în situaţia limită a emoţiei, pe front de ex. cînd soldatu din tranşee are sentimentul perceptiv cert că bomba va cădea exact pe tranşeea lui pe care o părăseşte în stare de groază. In aceste din urmă cazuri e vorba de "situaţii noi" în care nu există o experienţă anterioară a evaluării lumii percepute ca spaţiu al acţiunii posibile. In cazul prezentat de noi era vorba însă de un aspect psihopatologic ce devenise structural. Vom prezenta acum un alt caz de distorsionare monstruoasă a spaţiului trăit, cu o căderе a sa la cel mai jos nivel posibil:

1o) E vorba de un tînăr supradotat, sensibil la frumos şi sociabil, cald, prietenos, natural, degajat, care, în ultimul an de liceu suferă o operaţie neurochirurgicală pentru un gliom tempo-occipital stîng. (O excizie masivă temporo-parieto-occipitală, justificată de altfel prin faptul că 7 ani, pînă la moarte, nu recidivează). După operaţie îşi susţine bacalaureatul dar eşuează la facultate şi urmează o existenţă în mijlocul familiei, monotonă şi de-a lungul căreia pacientul trăeşte o foarte lentă, avea vizibilă degradare intelectuală (care nici în momentul morţii nu e marcată).

In schimb, se instalează destul de brusc, aproape experimental, o permanentă şi intensă autospecţie; în permanenţă vizorul cîmpului său de conştiinţă e ocupat cu propria sa persoană, în atenţia urmăririi semnelor eventuale ale agravării bolii sale. Nu trăeşte conştiinţa de a fi bolnav ci întreaga lui existenţă se angajează prevalent într-o teribilă luptă împotriva progresului unei boli pe care nu ştie de unde să o apuce. Crizele de epilepsie ce apar îl înspăimîntă, le aşteaptă anxios, uneori pe un fundal de groază, căci epilepsia realizează evident pentru el boala de care se ferea. Devine obsedat de ideea progresului bolii. Hiperobservaţia îl transformă într-un ruminativ ce analizează atent întreaga corporalitate şi verifică mereu dacă nu a progresat cumva boala.

Pe acest fundal, la 3 ani după operaţie apare o trăire cu totul particulară şi anume: în situaţiile în care eşea din ambianţă familiară, cînd se afla în locuri noi sau necunoscute, des (dar nu constant) apare următorul fenomen: un lucru asupra căruia îşi fixa privirea devenea brusc un obiect care ameninţa să fie înghiţit de către el fără nici-o calitate alimentară, fără limite de volum, substanţă, distanţă, totul într-o stare de conştiinţă lucidă, conştient de absurditatea fenomenului, dar nu se putea sustrage panicii terifiante ce o trăia. Un pom de pe stradă, o casă, o trăsură cu cai un monument, un tramvai, tot ce nu era om putea deveni în acele moment obiect de apetit ce se precipita spre gura terifiatului flămînzilă. Pacientul îngrozit întorcea capul, închidea ochii sau mai des, pleca precipitat; dar dacă trecea pe lîngă obiectul cu pricina (sau acesta trecea pe lîngă el) imediat trăia spaima terifiantă dacă nu cumva l-a înghiţit şi se întoarce de repetate ori pentru a se convinge dacă obiectul e încă prezent în lume. Toate acestea pacientul le numea "jocuri de-a culmea"!

In cazul de mai sus, exietenţa leziunii cerebrale şi a cicatricii ce include zona occipito-parietală ar putea eventual

explica parţial simptomatologia (prin eventuala implicare a zonelor corticale în care e reprezentată schema corporală). Dar şi o analiză psihopatologică o poate face în paralel (sau în completare).In primul rînd pacientul trăeşte o stare de frică şi orice stare de frică implică eul-corporal care, aflat în pericol vital e în alertă şi organizează preajma în raport cu pericolul ce se conturează; avem o "crispare" a corporalităţii pe preajmă, preajmă pe care o prospectează pentru a face la schimbările semnificative şi posibilităţile de acţiune. Pacientul de mai sus e în situaţia specială că cele două modalităţi care permit asigurarea şi evitarea elementului de temunt (adică fixarea în timp la termen precis şi fixarea precisă în spaţiu), nu funcţionează nici ele. Răul de care se teme - în speţă criza epileptică, ca un simbol a unei eventuale evolutivităţi a bolii sale - vine sigur dar nu la termen fix şi isbucneşte din interior, din spaţiul propriului corp. Astfel, preajma modificată emotiv şi cîmpul de prospecţie se chirceşte, la pacientul nostru, pe propria-i corporalitate. Iar realitatea exterioară, structurată în cîmp de acţiune posibilă, se devalorizează, se distorsionează, interesul pentru act şi lume se pierd şi atunci se atrofiază şi instrumentalitatea care face posibilă acest act. Se ajunge astfel la această cădere a spaţiului trăit la un nivel topologic-oral, cel mai primitiv spaţiu pe care ontogeneza îl cunoaşte.

In ultimul caz descris era prezentă şi o leziune neurologică parieto-occipitală. Merită deci să ne amintim de contribuţia neuro-psiho-patologilor la problemă, de paralizia privirii a lui Balint (Pötzl), de sintezele lui Lhermitte şi de studiul lui Janeraud. Un pacient care prezintă o paralizie a privirii Balint va putea fi în contact (evident vizual) doar cu un obiect (care se prezintă în cîmpul macular) iar restul lumii se "de-spaţializează" el neputînd deci "plasa obiectul în spaţiu". Dar cu această ocazie trebue să reamintim şi ontogeneza construcţiei reprezentării lumii ca spaţiu; la început în primii ani de viaţă e perceput doar obiectul (lucrul) copilul ne-

fiind capabil (în faza topologică a dezvoltării spaţiului perceptiv) să plaseze acest obiect într-un context, într-o raportare la alte obiecte. Si doar mult mai tîrziu el poate percepe un obiect într-o lume ce apare structurată ca un spaţiu euclidian (tridimensional şi metric). Reducerea lumii la un obiect perceput (fără distanţe, deci ca o proximitate) fapt care se realizează de multe ori - mai mult sau mai puţin pur - la fobic, este desigur un fenomen regresiv. El poate explica în unele circumstanţe - atunci cînd individul se orientează activ, cu intenţii pragmatice spre obiectul respectiv - o trăire a spatelui descoperit (o despaţializare trăită de pacient ca o vulnerabilizare a spatelui pe unde poate fi la discreţia altuia (cazul -5). Iar în alte circumstanţe, atunci cînd individul trăieşte pasiv întîlnirea cu un obiect, el poate resimţi agresiunea acestuia "din faţă", năpustirea obiectului asupra sa cu dispariţia oricărei metrici şi chiar cu violare corporală (orală), ca în ultimele două cazuri.[x]

Claustrofobia nu diferă mult de astfel de situaţii. Indiferent dacă ea apare ca insuportabilitatea unei străzi înguste sau a unei camere închise (şi indiferent de motivaţia anecdotică care a putut duce la aceasta) esenţial e faptul că individul, pasiv în faţa lumii, nu o mai poate trăi (în protoconştiinţa) ca un un cîmp al acţiunii posibile şi prin aceasta lumea ca spaţiu se degradează, decade de la nivelul uzual euclidiano-metric. Totul e angoasant-sufocant pentrucă pereţii sau casele se prăbuşesc peste pacient. Situaţia e desigur puţin deosebită de cea în care un singur obiect mobil

---

x) In celebra lucrare a lui Merleau-Ponty: "La phenomenologie de la perception" întîlnim următorul pasaj, citat de aproape toţi psihopatologii moderni, atunci cînd se poartă o discuţie despre halucinaţii "Ceea ce realizează halucinaţia, la fel ca şi mitul, este îngustarea, tasarea spaţiului trăit, înrădăcinarea lucrurilor în corp, vertiginoasa proximitate a obiectelor, o anumită solidaritate a omului cu lumea, care este nu numai abolită ci refulată de către percepţia obişnuită sau de către gîndirea obiectivă". Aceste afirmaţii pot sus ute-credem noi - foarte la obiect şi în legătură cu fobicul.

se precipită spre individ ignorînd metrica; în claustrofobie centrarea pe un obiect nu mai e posibilă şi atunci întreaga preajmă (şi nu numai ceea ce vine din faţă sau din spate) se zideşte în jurul pacientului ca un zid al lui Manole. Si pentru astfel de trăiri nu e necesară neapărat camera închisă sau strada îngustă, acestea fiind doar formele tip, standardizate, ale lumii ca spaţiu ce o pot determina. Un pacient studiat de noi, într-un moment emotiv, într-o stare de disperare, aflîndu-se la ţară pleacă de-acasă deoarece "parcă pereţii se năruiau pe el"; dar ajuns pe cîmp tot nu se poate linişti deoarece "parcă cerul cade pe el şi la fel pădurea se răstoarnă peste el". Totul nu e o exprimare metaforică ci o trăire nemijlocită, pacientul liniştindu-se doar printr-un contact interuman calmant. Dar deşi în claustrofobie trăirile se raportează totdeauna nemijlocit la spaţiul fizic al preajmei, implicaţia motivaţională e întotdeauna de domeniul relaţiilor interumane (cu excepţia leziunilor neurologice patente). Deci tot "spaţiul agoric" e cel ce se modifică în cele din urmă, căci insuportabilitatea aglomeraţiei poate fi asimilată aceleaşi game fobice ca şi claustrofobia fizică.

O situaţie puţin deosebită o întîlnim atunci cînd - la fel ca în claustrofobie - lipseşte centrarea pe un obiect al preajmei în situaţia disoluţiei spaţiului euclidian, dar ansamblul preajmei nu se transformă el însuşi într-un obiect unic ce se năpusteşte asupra pacientului din toate direcţiile, ci dimpotrivă, se îndepărtează, se topeşte, dispare şi el. Aceasta e situaţia agorafobiei clasice ("Platzschwindel" la germanii secolului trecut). Individul parcă trăieşte o cădere în gol (în orice caz o criză de angoasă) cu nevoia de a se sprijini de ceva, de un individ (chiar un copil) sau chiar un obiect. Fenomenul nu se întîmplă numai "în pieţe mari şi largi" cum susţineau vechii autori. La pacienţa prezentată la începutul capitolului (6) el se producea oriunde pe stradă unde era

lume şi dimpotrivă, cînd străzile era pustii, putea traversa mai uşor chiar pieţe largi. Esenţial nu e atît morfologia locului cît situaţia unei despaţializări, a unei căderi a nivelului spaţiului trăit (de la formula sa euclidian metrică) cu incapacitatea pacientului de a-şi fixa privirea pe obiectele din jur (şi prin aceasta de a obţine un referenţial spaţial pentru psihism) şi cu "depărtarea" preajmei pînă la topire, pînă la dispariţie. Structura motivaţională ce duce aici poate fi variată dar evident, în aceste situaţii, pacientul trăieşte mai puţin sentimentul sufocării decît cel al căderii în gol. In acest sens, observaţia mai veche a lui Wallon e desigur adevărată. Si la agorafobic (în sens restrîns) avem o cădere la un nivel topologic a spaţiului trăit şi acest fapt devine pregnant vizibil (şi doar atît) în cazul parcurgerii de către pacienţi a pieţelor largi goale. In acest caz pacientul are nevoe de "ceva" care să-l însoţească (fie om, fie obiect mişcător, ca de ex. un cărucior) proximitatea unui alt lucru dînd o anumită realitate spaţiului care altfel s-ar aneantiza complet (căci la nivel topologic spaţiul există doar prin obiecte, între obiecte e vid. (în acelaşi sens, o soluţie pentru agorafobic este de a ocoli piaţa, mergînd deci pe lîngă case şi avînd astfel certitudinea spaţiului). Din cele discutate pînă aici, am reţine următoarele eventualităţi privind însăilarea dintre psihopatologia fricii şi psihopatologia spaţiului trăit.

1) Nesiguranţa individului aflat dincolo de spaţiul securizant (al casei) şi exprimată în semne minore de emoţie-panică în faţa raportării actante la lume; semne minore de "nestăpînire a lumii ca spaţiu" de despaţializare: "neliniştea şi nesiguranţa în picioare" conduita de asigurare, crize de angoasă posibile.

2) Despaţializarea trăită pasiv de pacient, cu disoluţia spaţiului trăit, de la modalitatea euclidian metrică pînă la modalitatea topologică, dar însoţită şi de o dediferenţiere a lumii trăite

// ..

(ca o textură de obiecte semnificate). La acest nivel întîlnim fie trăirea claustro-fobiei - cu transformarea întregii preajme într-ur obiect unic ce se năpusteşte asupra pacientului, fie agorafobia (în sens restrîns) cînd preajma se îndepărtează la infinit, sau altfel spus "se topeşte". Pacientul trăeşte căderea în gol şi nevoia unui punct de sprijin.

3) In condiţiile unei trăiri distorsionate a spaţiului, lumea e prezentă ca fiind formată din obiecte distincte şi semnificate care, însă sunt trăite de pacient ca un pericol, datorită accesibilităţii subiectului pentru ele, datorită faptului că acestea pot ajunge nestingherite pînă la el. E vorba fie de obiecte ce se precipită spre individ (vulnerabilizare din faţă), deobicei într-o lume animată, fie de o vulnerabilizare "în spate" pentru un agresor posibil, care cel mai des e presupus a fi uman.

4) In sfîrşit, prezenţa individului într-o lume resimţită ca fiind formată din obiecte, semnificate, plasate într-o tramă spaţială, anumite obiecte fiind însă "fobogene" pentru el. Iar aceste obiecte pot fi evitate sau în faţa lor individul se poate asigura. x)

---

x) Intr-o clasică analiză (69) a fobiei, Gebsttal distingea următoarele modalităţi psihopatologice ale fobiei (pe care o denumeşte fobie psihastenică).

1) Ameţeala şi leşinul la privire. "A privi" şi "a vedea" sunt lucruri distincte, privirea fiind momentul stenic care poate "prinde lucrul în ochi" sau "îl poate lăsa pentru sine în pace" (deci cam la fel cum spunea Lhermitte). Fobicul poate trăi o slăbiciune a priviri: poate avea o trăire adinamică faţă de vizibil în care nu poate priv: întîlnirea cu lumea (prin privire) să-i fie dificilă, să-i provoace ameţeală şi de aceea să se teamă de ea (Gebsattel nu analizează faptul că "privirea" prin care omul "vede" lumea e spaţio-genetică, aşa cum o face Janeraud comentînd sindromul Balint).

2) Slăbiciunea orientării spre acţiune, ameţeala ce-l cuprinde pe pacient în faţa acţiunii ce urmează să o întreprindă, precum şi ameţeala (şi frica) în faţa priveliştii mişcării sau în faţa schimbării obiectului.

3) Trăirea adinamică a spaţiului larg, cu leşin. Depărtarea are ceva înfricoşător în ea, din ea vine "ceva"; şi în acelaşi timp e o imagine a autodepăşirii soartei.

4) Leşinul la lumină (ce ar ţine de funcţia simbolică a luminii

După cum se vede, modalităţile descrise de Gebsattel se bazează pe postularea adinamiei, "psihasteniei" fobicului şi a vulnerabilităţii sale la lumea ca semnificaţii. Se ocoleşte însă analiza raportării la lume ca spaţiu, perspectivă din care urmărim noi fobia.

Ultima eventualitate este cea în care e considerată în mod uzual fobia şi despre ea vom vorbi îndată. Vrem să atragem atenţia că disoluţia spaţiului trăit la fobicul care, plecînd din locul înrădăcinării asigurate se aventurează în spaţiul agoric, e o condiţie de posibilitate de prim ordin a actualizării fobiei ca angoasă. Mare parte din simptomele fobicului se exprimă în cadrul acestor modalităţi (în variate combinaţii, succesiuni şi intensităţi). Eventualităţile enumerate mai sus se polarizau între fobia de situaţii (mai precis fobia generală de situaţia de a fi în spaţiul agoric) şi fobia de obiecte determinate. Dar însăşi fobia de obiecte determinate nu e de înţeles şi comentat în afara acestui context al psihopatologiei spaţiului trăit.

d. Fobia de obiecte

Departe de casă, pe stradă, în "spaţiul agoric" fobicul întîlneşte obiecte şi persoane.[x] După cum am văzut pînă aici, mare parte din fobii se desfăşoară fără luare în considerare a acestor obiecte, fără ca ele prin semnificaţia lor, să determine o atitudine fobică şi o declanşare angoasantă. Totuşi această modalitate există, şi ea a stat la baza individualizării (de către Freud pentru prima dată) a nevrozei fobice ca o nevroză independentă. Un individ poate avea o frică nemotivată de anumite obiecte (cuţit, stilou), animale (cal, cîine, şoarece, paianjen) elemente de peisaj (fîntînă, pod) etc. Psihanaliza postulează în astfel de cazuri, o proecţie în exterior,

x) Trebue să menţionăm un fapt pe care pînă aici l-am omis. In normalitate omul trăeşte, din punct de vedere spaţial, nu numai "locul" său caracterizat prin înrădăcinarea şi limitarea sa în schemă corporală, corp epidermic, casă, existenţă dual etc. ci şi spaţiul lumii care nu e omogen ci structurat. Desigur, situaţia limită a acestui spaţiu e trăirea continuului; dar structurarea sa se face nu numai în funcţie de elemente spaţiale (perspectivă motrică) ci şi în funcţie de obiectele lumii aflate într-o interrelaţie între ele şi raportate semnificat la pacient. Si astfel lumea e "populată" cu locuri privilegiate (în afară de cel al casei) cu traecte anumite, cu încărcături afective etc.

pe un obiect al anturajului - prin deplasare şi simbolizare - a unui conflict intrapsihic trăit ca periculos dar refulat. Desigur, pentru unele cazuri, o astfel de explicaţie pare plauzibilă. Dar trebuesc introduse următoarele rezerve:

1) Pe un lot mare de nevrotici (în cazul acesta fobici), explicaţia psihanalitică poate funcţiona direct doar la un număr minim de cazuri şi dedusă la un alt grup (şi el restrîns). Dar există evident cazuri la care ea nu poate funcţiona decît printr-o brutală extrapolare, printr-o generalizare care nu se justifică prin nimic. Aceasta pretinde evident îmbogăţirea analizei psihopatologice cu alte argumente.

2) Intotdeauna o explicaţie motivaţională de ordin mai general funcţionează mai plauzibil decît una particulară (în speţă una particular erotică). In acest sens putem menţiona opiniile lui Arietti (7o). Mai precis, referindu-se în mod expres la fobii, autorul e de părere că ar fi vorba mai mult de o "concretizare" decît de o "deplasare" (cum susţine psihanaliza ortodoxă). Ceea ce se întîmplă în fobie ar fi doar exprimarea unui principiu mai general al psihopatologiei: ceea ce la un nivel înalt, spiritual, nu poate fi trăit (susţinut) pentrucă provoacă o prea mare anxietate, este concretizat. Totuşi, Arietti rămîne la concepţia unei teme anxiogene generale ce se concretizează în obiecte fobigene.

3) Pentru explicarea "obiectelor fobogene" e foarte plauzibil să, postulăm nu o relaţie strict cauzală (prin proecţie şi deplasare, sau chiar mai generală, de la tema abstractă la obiectul concret); la fel de bine putem postula o cristalizare a anxietăţii difuze a individului ce trăeşte despaţializarea pe un obiect care să devină "punct de sprijin mundan", care să permită reinstaurarea

.. // ..

lumii ca spaţiu.[x] Astfel "alegerea" obiectului fobogen poate să aibă o importantă cotă de aleator[xx] şi să fie influenţată simţitor de circumstanţele acestui proces sau de densitatea (termenul trebue luat şi în sens valoric, de densitaze "în lumea pacientului") obiectelor ce se pot oferi pentruca pe ele să se cristalizeze anxietatea.

4) Fobia de obiecte - şi animale mai ales - e frecventă în copilărie cînd e aproape un fapt natural. Freud descrie fobia ca fapt psihopatologic analizîndu-l pe "micul Hans". Fobia de obiecte şi animale a copilului s-ar putea explica invocînd situaţia de tensiune în faţa noeticului în care el se află. Copilul e într-un contact cu "lumea ca noutate" mult mai intens, persistent şi continuu decît adultul care trăeşte în mare măsură lumea în forme standaridizate. Curiozitatea copilului este cuprinsă în dialectica desvoltării şi conţine în însăşi inima sa, neliniştea şi anxietatea. Copilul poate trăi mult mai uşor decît adultul "adinamia în faţa întîlnirii cu lumea, în faţa vizibilului" - de care vorbea Gebsattel (p. 74) şi deci angoasa. Si la fel, datorită cotei ridicate a imaginarului în structura psihismului său, el poate trăi mult mai uşor panica, anxietatea-panică. Toate acestea sunt condiţii ce pot duce la "cristalizarea" anxietăţii trăite de el pe anumite obiecte (fiinţe) fobogene. Toate aele arătate mai sus nu presupun modalităţile de care vorbeşte

---

x) Aproximativ în acest sens analizează problema Lopez Ibor (71). După el, în criza de angoasă, referinţele reale care leagă Eul cu lucrurile se estompează, realul e năpădit de posibil..Apariţia unei fobii (şi ulterior a unei obsesii) e o fixare, o referinţă care permite să se scape de anxietate.Autorul nu discută însă criza de angoasă din perspectiva despaţializării. In orice caz, spaţiul nu poate fi trăit simbolic; şi despaţializarea, cu angoasa concomitentă, pretinde un simbol mundan ca sprijin.

xx) Leo Salzman într-un articol recent (72), după ce insistă şi el asupra faptului că fobia e o tehnică de apărare situaţională, arată că obiectul fobic e plasat secundar în raport cu anxietatea (care e primară) şi că obiectul fobic poate fi deseori ales accidental; ulterior, simbolizarea şi plasarea se pot combina iar întinderea fobiei este determinată fie de contiguitate spaţial senzorială fie de o asociere simbolică posibilă.

psihanaliza, decît eventual ca niște modalități particulare.

In legătură cu fobiile copilului mai apare un aspect pe care noi îl considerăm ca deosebit de important. Aceste fobii sînt prin excelență fobii de întuneric, de obiecte și de animale (rareori prin condiționare, de anumite locuri). La copil nu întîlnim decît cu totul indirect agorafobie în sens restrîns sau alte "fobii spațiale"; în orice caz, nu întîlnim fobii în care despațializarea să intervină ca argument principal. Faptul nu e prin nimic misterioa și e explicabil prin aceea că la copil nu avem încă dezvoltată trăirea în psihism a lumii ca spațiu și nici trăirea schemei corporale (ca spațiu propriu)... In percepția și reprezentarea lumii obiectele semnificînde sunt primele ce se instaurează în psihismul copilului. Structurarea lumii percepute și reprezentate ca spațiu, e ulterioară și se bazează pe trăirea acestor obiecte semnificînde, ordonate între ele și în raport cu individul. In aceste condiții e natural ca la copil să predomine net fobia de obiecte și ființe.

Fobia de obiecte semnificînde la adult e desigur un proces complex, dar între altele, presupune incontestabil acest regres la un nivel al psihismului în care lumea nu e trăită ca organizată spațial decît foarte lax sau într-o formă în care spațiul (dacă nu e absorbit de semnificația obiectului, de temă) gravitează în jurul acestuia, e organizat de către el.

5) In sfîrșit aspectul motivațional nu contează decît făcînd corp comun cu desfășurarea efectivă a "dramei" trăirii și astfel cu inevitabila intervenție a trăirii lumii ca spațiu, timp și temă. Momentul în care, la adult, fobia apare deja ca organizată tematic, păstrează din modalitățile ce o premerg și care sînt modalități de perturbare spațială, de reducere a spațiului, de la spațiu ca un cîmp de acțiune, la spațiul topologic.

Aceste rezerve odată făcte, vom încheia paragraful de față prin comentarea unui caz:

.. // ..

11) O femeie de 54 ani se prezintă la consultaţie pentru o suferinţă ca datează decînd avea 4o ani. In copilărie a fost foarte îngrijită de părinţi care ţineau la ea ca la ochii din cap. A fost dintotdeauna o fire retrasă, închisă, ce încuia în ea trăirile fără a le descărca. Ii plăcea foarte mult să stee acasă, în casă; nu s-a putut despărţi de părinţi nici cînd. Nu putea sta nici odată fără să lucreze, îi plăcea ordinea şi curăţeania, totul în casă era "lună" şi cine venea acasă remarca acest lucru.

Căsătorită la 22 ani se desparte de soţ peste 3 ani din motiv că soţul fiind mutat în altă comună, nu nu vrea(nu poate)să plece cu el, de lîngă părinţi. Dar mama moare de un cancer şi după 7 ani, cînd pacienta avea 39 ani moare şi tatăl. Un an a stat singură în casa lor mare, lucru pe care l-a suportat foarte greu (a plîns tot timpul) şi apoi, nemai suportînd singurătatea, hotăreşte la 4o ani să se recăsătorească ("mai mult din cauza urîtului ce o cuprinsese") cu un vărbat divorţat, blînd, bun, jovial (picnic).

Debutul suferinţei se plasează la un an după moartea tatălui, chiar înaintea recăsătoriei sale, în următoarele imprejurări: Merge la piaţă să cumpere ceapă; o femeie pe care o cunoştea relativ, o întreabă prinzînd-o de braţ, cît costă ceapa; în drum spre casă începe să fie obsedată de ideia că "a fost atinsă!" de respectiva femeie, trăind scena şi tema respectivă foarte neplăcută, ca o teroare, ca o spaimă, ca o panică. Ajunsă acasă aruncă cumpărătură, se spală pe mîini cu săpun şi spirt, apoi spală respectiva rochie dar şi un pardesiu pe care aruncase la desbrăcare haina şi care deci "fusese atins" şi le încuie în dulap; ligheanul în care a făcut operaţia de spălare e declarat inutilizabil şi la fel fîntîna din care s-a scos apa respectivă (căci cîteva picături ar fi putut să cadă înapoi în fîntîna contaminînd-o).

Tema contactului care dă o contaminare malefică se extinde în zilele, lunile şi anii următori. Camera cu respectivul dulap e încuiată şi devine tabu. Dacă merge în sat şi întîlneşte femeia cu pricina, toate hainele care le avea pe ea devin inutilizabile. Soţul nu are voie să cumpere nimic dintr-un magazin în care a intrat şi EA şi aprovizionarea urmează să se facă de la o cooperativă mărginaşe sau de la oraş (pacienta acceptă fără verificare afirmarea acestor surse de cumpărături de către soţ). Casa întreagă e împărţită în obiecte utilizabile şi obiecte "contaminate" şi deci tabu. Pacienta trăeşte lucid şi dureros toată această desfăşurare, pe care o critică ca pe ceva morbid dar faţă de care nu se poate stăpîni. Pînă în cele din urmă determină soţul să părăsească respectiva comună (zăvorind casa) şi se instalează în altă localitate unde se simte mult mai bine dar unde reapar neplăcerile de îndată ce vine un individ din satul lor şi intră la ei în casă şi (şi mai grav) dă mîna cu ea (chiar cei din satele vecine intră în prohibiţie). Internarea se produce în momentul în care soţul, urmînd să iasă la pensie, se pune problema reîntoarcerii la gospodăria lor, gînd terifiant pentru pacienta de 54 ani, la 14 ani de la debut.

Nu e nici un alt simptom psihopatologic.

Si la pacienta de mai sus, problematizarea casei, a dificultăţii de a părăsi casa familiară şi familia, a problematizării ordinii şi curăţeniei, a activităţii permanente, sunt prezente ca un fundal. Psihopatologia fobică nu se desfăşoară în lumea unei simple distorsiuni a trăirii lumii ca spaţiu, ca un cîmp al acţiunii posibile - în dimensiunea actualului sau ab prospectului - ci lumea

ca obiecte plasate într-un spaţiu normal perceput e infiltrată de o temă fobică, cu divizarea acestei lumi în zone permise (acţiunii)şi zone tabu. Progresiunea a ceea ce e patologic se face tot din aproape în aproape tot topologic dar patologia nu mai vizează însăşi acţiunea ci domeniul în care acţiunea se poate desfăşura.

Perspectiva motivaţională se pretează desigur la interpretări psihanalitice sau existenţialiste. Fenomenul aparent incomprehensibil că pacienta se simte "atinsă, contaminată" şi prin aceasta impurificată (căci trebue să spele totul sau să se ferească de tot ce e atins) s-ar "explica" prin faptul că întîmplarea se suprapune cu perioada căsătoriei sale, deci cu faptul că la un an după moartea tatălui (cu care locuise singură în casă 7 ani) a adus o persoană străină, comiţînd un sacrilegiu, impurificîndu-se moral (în inconştiemt) şi proectînd exterior acest sentiment de impurificare de care se teme şi pe care deci îl refulează iniţial. Si după ce pleacă de acasă refuză să se mai întoarcă pentrucă spectrul vinovăţiei o ameninţă subconştient. Interpretări psihanalitice s-ar putea face şi în legătură cu cazul princeps al paragrafului (cazul 6), dar astfel de interpretări nu numai că nu surprind totul dar nu surprind tocmai originalul care e însăşi această modalitate de organizare a lumii ca un cîmp de desfăşurare. Ceea ce reţinem însă e faptul că o semnificaţie trăită (cazul 3) un complex motivaţional anumit, pot determina modificarea trăirii lumii de către individ sub toate aspectele sale, deci şi sub cel al lumii ca un cîmp al acţiunii posibile, a lumii ca spaţiu.

III

Persoana ca domeniu din care izvorăşte pericolul.Hipocondria.

Pacienta care a ocazionat discuţie despre "plutirea în gol" (cazul 6) resimţea şi o serie de neplăcute simptome corporale (digestive, precordiale, respiratorii, alături de neplăcutele senzaţii în membrele inferioare). De fapt, trăirea emotivă realizează în mod banal, alături de turburările în sistemul de relaţie, intense turburări vegetative (medicina psiho-somatică şi psihopatologia conversiunii îşi încep cariera tot în acest punct). Dar pacienta noastră mai avea o trăire "panicardă": instalarea cu mare uşurinţă şi bazat pe argumente cu totul nesemnificative şi nedemonstrative a certitudinii (nemărturisite altora) a prezenţei bolii - la ea sau la alţii deci nu frica de a nu se îmbolnăvi ci frica cum că este bolnavă (73) De fapt toată gama între frica grijulie de eventuala îmbolnăvire şi certitudinea bolii e posibilă în trăirea de tip fobic în modalităţi diferite de cele ale neurastenicului cenestopat sau a depresivului anxios.

Continuarea discuţiei pretinde cîteva prealabile clasificări. In normalitate, persoana umană îşi trăeşte domeniul corporalităţii cu naturaleţe şi doar ca un domeniu "organismic" implicat în raportarea şi desfăşurarea sa activă la lume. Ceea ce reprezintă orientarea şi vizarea fiinţei umane conştiente este lumea exterioară; propriul corp ca domeniu (loc) este desigur punctul de plecare, suportul şi referenţialul actului dar grija faţă de el (ca una din grijile primare ale făpturii) nejenînd existenţa umană ancorată în lume.

Faţă de această spontaneitate şi naturaleţe a trăirii corpului propriu (care e aproape ignorat, trăit doar preconştient), "cenestopatia" (Dupré), discenestezia sau orice modificare mai particularizantă a interocepţiei (şi parţial a proprioceptivităţii) ridică cota de participare a trăirii domeniului corpului la trăirea conştientă. Corpul e resimţit (fie global, fie parţial) ca un plumb care jeneză şi trage în jos intenţiile de act, făcîndu-le dificile sau chiar

imposibile; iar uneori în durere, însăşi contactul cu lumea şi nu numai actul devine dificil şi foarte îngustat. Aceste modalităţi pot fi trăite în orice boală somatică precum şi în starea pe care Dupré a descris-o drept cenestopatie. Dar cum se prezintă oare în clinica zilelor noastre această "cenestopatie pură" a lui (74)Dupre.

Credem că despre cenestopatie (discenestezie - dr.Stössel) se poate spune (la fel ca despre hipocondrie de altfel) că nu poate funcţiona decît ca o etapă diagnostică (73). Făcînd o trecere în revistă a cazuisticii cu care am venit în contact în ultimii 5 ani cred că cenestopatia (discenestezia) s-ar putea distribui în următoarele cadre clinice: 1) sechele minore (localizate) de encefalită; 2) defecte schizofrene minore sau schizofrenie cenestopată mitigată (fără a fi intreprins o statistică amănunţită, experienţa clinică ne impune remarca cum că în ultimii ani, schizofreniile tratate cu neuroleptice se prezintă tot mai mult cu o cloratură cenestopată); 3) psihopatia astenică; 4) "cenestopatia ruralis"; 5) "Teleozici". Ar mai fi de amintit depresiile mitigate (în orice caz limităm discuţia la cadrul "micii psihiatrii".

Psihopatia astenică, aşa cum poate confirma orice clinician, este rară. Desigur, un astfel de caz este mult preocupat de propriul corp, îşi trăieşte neplăcut-discenestezic corporalitatea (76), înregistrează şi notează migălos aceste suferinţe şi solicită insistent medicilor vindecarea lor. Cenestopatiile psihastenicilor şi a marilor obsesivi, ţin de componenta astenică a activităţii lor nervoase cerebrale. Dar această astenie este în primul rînd o anomalie (Binder) sau un defect. Ea ridică în primul rînd probleme de psihologie şi incadrabilitate social-productivă şi probabil, într-un viitor apropiat, de terapie energetic nervoasă. Discenestezia astenicului - care din acest punct de vedere se apropie de cea a depresivului - se deosebeşte net de trăirea corporalităţii la hipocondriacul fobic, prin "paloarea şi uscăciuhea" trăirilor, prin reducerea lor la o

estezie neplăcută fără coloratură emotivă vie, cu o emotivitate seacă sau monotonă.

La un alt nivel se pot nota supralicitările suferinţei la bolnavi de diverse tipuri (în special boli internistice). Suferinţa şi maleza corporală sunt aproape consubstanţiale bolii. Cînd se cumulează mai multe boli, cînd suferinţa se prelungeşte în timp şi mai ales cînd intervin interese de ordin material, de statut social, afective etc., suferinţa e supralicitată, o maleză neurotică cenestopată aduce bolnavul la psihiatru încărcînd cu o muncă penibilă activitatea acestuia.

Am vrea să mai menţionăm ceea ce am denumi "cenestopatia ruralis" ca un cadru clinic pe care l-am observat constant în clinică de ani de zile (şi în legătură cu care nu cunoaştem studii sistematice). E vorba de următoarea situaţie: Neuroticii (în special neuroticele) provenind din mediul rural, prezentînd nu atît un nivel intelectual scăzut (sau un intelectm nediferenţiat) cît mai ales un anumit orizont transcultural, realizează "răul", "insuportabilul trăit" din decompensarea nevrotică predominant în rezonanţa afectivă a corpului. Fără a fi vorba de histerii propriu-zise, în cenestopatia rurală suferinţa nevrotică ni se comunică predominent prin simptome corporale prost sistematizate. Cazurile sunt dificil de tratat.

In mod teoretic, cenestopatia (discenestezia) de orice fel poate orienta preocupările indivìdului spre propriul corp. Corporalitatea proprie trăită îşi pierde naturaleţea, individul îşi resimte propriul corp ca un balast care-i împiedică existenţa degajată, interesul pentru preajmă şi lume păleşte. Toate acestea nu definesc însă încă hipocondria.

Hipocondriacul se caracterizează nu numai printr-o versiune a preocupărilor spre domeniul propriei corporalităţi ci prin considerarea acestui domeniu ca un loc de unde poate isvorî periculosul.

Fobicul în general este hiperatent faţă de corpul său, trăire mai frecventă şi mai importantă la el ca cenestopatia eventuală. Hipocondriacul fobic trăeşte în plus o nesiguranţă anxioasă în acest domeniu la care e atent şi care devine un punct din care periculosul poate izvorî. De asemeni nesiguranţa anxioasă se cristalizează hipocondriac în tema bolii. Hipocondriacul se teme că are o boală (nu că se va putea eventual îmbolnăvi) trăirile sale se desfăşoară într-o gamă anxios-fobică (care poate termina depresiv). In orice caz credem că trebue făcute următoarele distincţii: a) trăirea corporală neplăcută (discenestezia), b) frica de existenţa unei boli (hipocondria fobică) şi c) afirmarea unei teme de boală (care e în special depresivă, dar poate apare şi la psihopatul histeric, sau la un delirant). Cenestopatul astenic se poate transforma într-un ipohondriac fobic (deşi cel mai des virează direct spre depresie) dar ipohondriacul fobic poate avea o cale proprie de constituire, care are drept punct de plecare o "nesiguranţă" a trăirii corporalităţii proprii, o diluare a valorii de locus şi ax de înrădăcinare a acesteia, uneori o dislocare a acestei funcţiuni drept urmare a unei stări de tensiune. Din materialul studiat de noi, putem degaja două modalităţi prin care se poate instaura hipocondria fobică.

Fie la o persoană cu o structură caracterială fobică (care prezintă un orizont fobic al existenţei) cu ocazia unei afecţiuni minore care-i atrage atenţia asupra propriului corp.

Fie la persoane car -şi încarcă masiv fundalul conştiinţei cu conflicte nedescărcate trăind o stare de permanentă încordare şi tensiune care, cu ocazie banală se descarcă într-un scurt circuit de tip angoasă, care e punctul de plecare al dezvoltării fobice.

In orice caz, începutul hipocondriei fobice se face într-o atmosferă de anxietate. Iată pe scurt două cazuri din cele două tipuri amintite:

12) Un pacient a cărui copilărie se desfăşoară în condiţii afective neprielnice, cu o mamă vitregă. De mic copil i-a fost frică de

strigoi, vrăjitori şi întuneric. Nici la 3o ani nu poate eşi noaptea singur din casă.

O fire mai retrasă, niciodată expansiv, dar încadrat în grup. I-a plăcut curăţenia şi ordinea. Si după căsătorie, el face curăţenie în casă. Perseverent în muncă şi foarte conştiincios.

In urmă cu trei ani, fiind acasă la părinţi, face o anghină pultacee şi se trezeşte noaptea cu senzaţia sufocării, într-o stare de panică care însă nu durează mult. In urmă cu un an are un furunculal feţei; soacra, care e soră medicală, îi atrage atenţia că ochiul său e înroşit; se uită în oglindă, spaimă, leşin. Analize la toţi medicii oraşului care, fiind bune, se linişteşte puţin. Rămîne însă nesigur de el într-o stare de tensiune permanentă. Intr-o zi, mergînd pe stradă, aflîndu-se mai departe de casă, simte ceva "ca o furnicătură în întreg corpul"; se uită la un magazin într-o oglindă şi se vede palid, întră în panică. Se internează la spital pentru a face controale pentruca "nu cumva să aibe ceva"; mai precis simte "ceva ca un rău greu de definit în trup" şi îi e frică să nu aibe cumva o boală. In curtea spitalului se poate plimba, dar în afara spitalului, la loo m e cuprins de o criză de angoasă. Acceptă afirmaţia medicilor cum că nu are nici o boală somatică, totuşi persistă o frică de rău, de frizele de angoasă şi de asemenea, frică: "să nu fie totuşi cumva o boală".

Remarcăm la cazul de mai sus, că prima fază a hipocondriei fobice nu este încă fobia de o boală precisă ci dizolvarea certitudinii corpului propriu ca domeniu, ca spaţiu formulat ca un loc de înrădăcinare, ca un "acasă" calm, ca un "avut" şi un "continuum" bine stăpînit. Hipocondriacul fobic nu se mai retrage în casă ca loc de înrădăcinare asigurată ci tinde spre înrădăcinarea în spital şi cum se îndepărtează de spital (sau de locul unde e medicul) criza de angoasă apare la fel ca la agorafobicul ce se îndepărtează de casă. Există şi posibilităţi de ~~eclectic~~ combinare între cele două modalităţi. Un pacient urmărit de noi se simţea excelent acasă şi în satul său (unde era profesor) dar făcea crize de angoasă de îndată ce pleca în altă localitate mai îndepărtată; crizele nu apăreau însă dacă, în localitatea unde mergea ştia unde se află spitalul; deci un dublu domeniu de calm şi certitudini: casa proprie şi spitalul. Tot în legătură cu cazul de mai sus observăm că situaţiile de acest tip sunt cele optime pentru apariţia iatrogeniei. Intr-un studiu pe care l-am efectuat (77), arătam că iatrogenia nu poate apare în orice condiţii, că există modele şi grade de facilitate a declanşării ei. O persoană echilibrată poate suporta fără a se decompensa vestea unui diagnostic, grav, sau suspiciunea unui astfel de

diagnostic. In alte cazuri doar grave inabilităţi ale atitudinii medicului în raportul său cu pacientul pot iatrogeniza pe acesta din urmă. Ceea ce favorizează în cel mai înalt grad iatrogenizarea e o atmosferă de incertitudine, vag şi periculos posibil în afirmaţiile şi atitudinile medicului faţă de pacient şi trăirea unei incertitudini a spaţiului corporal (cu un orizont fobic al unui pericol posibil) din partea pacientului. In această atmosferă, imaginarul intră în funcţiune şi tematizează fobic, în boală posibilă, nesiguranţa anxioasă iniţială. Aceasta e situaţia în care se găseşte hipocondriacul fobic în devenire. Dar există şi un nivel la care intervenţia medicului nu mai acţionează iatrogen decît minim sau doar aparent, deoarece pacientul caută, pretinde sau are nevoe de instituirea unei teme de boală care să-i liniştească incertitudinea, migrarea producîndu-se înainte de intervenţia medicului sau indiferent de aceasta (78, 79).

Iată acum şi un caz de al doilea tip:

13) Un pacient de 49 ani, contabil, director la o unitate C.E.C.Un "nervos" din adolescenţă, care-şi ţine însă în permanenţă nervii sub tensiune, nu isbucneşte nici-odată; simte că trebue să tacă şi să facă şi aşa acumulează toate tensiunile emotive.

Debutul e brusc, aparent în continuitatea modalităţilor sale existenţiale uzuale: era în control la o unitate; brusc apar ameţeli: simte că se sufocă, se simte neliniştit, să plimbă dintr-o cameră în alta, iese la aer "simte că-şi va pierde conştiinţa", dar totuşi nu leşină. E dus cu salvarea la spital: anxietate mare, senzaţie permanentă că nu va mai ajunge a doua zi. După două săptămîni de spitalizare cu un tratament tranchilizant uşor îşi revine complet, reintră în serviciu, dar ulterior se instalează din nou un "rău" pe care însă nu-l poate explica. Crizele de angoasă se repetă; din nou internare şi apoi peregrinări pe la toţi medicii: face 7 E.K.G. - uri, îşi ia în permanenţă tensiunea arterială care totuşi, nu e mărită. Apoi începe să umble cu bastonul pentru a avea certitudinea că nu va leşina. Problematizează mersul: dacă calcă cu piciorul gol pe cimentul rece imediat are senzaţia că cimentul face contact cu sistemul nervos şi imediat nu mai poate mişca bine piciorul. Ii e frică să nu aibe cumva un astm deoarece observă că uneori respiră mai dificil. Are o permanentă senzaţie de nesiguranţă şi nesecuritate în lume şi viaţă. Munca de răspundere îl terorizează cu eventualele pagube băneşti care s-ar putea produce chiar în lipsa sa.

Cazuri ca cel de mai sus devin mai complicate, cînd realmente se descopere o tensiune arterială uşor crescută. Uneori debutul angoasant cu tahicardie şi tensiune crescută e foarte legimtim (de ex la un caz, urmare a unor nopţi nedormite cu consum de alcool şi

cafea în cantitate mare) dar dezvoltarea ulterioară se poate complica pînă la idee prevalentă (cînd însă, deobicei e prezent şi în fundal depresiv).

O caracteristică a trăirilor corporale neplăcute (vegetative) în cazul fobicilor e faptul că ele îşi păstrează caracterul emotiv-relaţional. Trăirile discenestezice ale astenicilor şi depresivilor se fac într-un context în care relaţia interpersonală e pală sau seacă, monotonă şi fără emotivitate ca marcă principală. Si în cazul histeriei trăirea corporal vegetativă bulversată este în primul rînd sub marca limbajului şi nu a emoţiei (histericul nuclear nu e un hiperemotiv, cum mulţi o mai afirmă încă ci un hiperexpresiv). La fobic se păstrează un caracter de trăire emotiv interpersonală ca marcă a turburărilor din spaţiul corporal, încărcate de un orizont de panică şi de un mare rezervor de imaginar. Un ultim caz poate fi, credem, demonstrativ.

14) O funcţionară de 44 ani care de mic copil a fost emotivă şi o supusă ascultătoare; ambiţioasă, îi plăcea să fie în centrul atenţiei sociale, deseori veselă.

La 21 ani de căsătoreşte cu un psihopat cu 22 ani mai în vîrstă decît ea, de un egoism şi o gelozie feroce, care-i interzice contactul social pînă şi cu propria ei familie, făcîndu-i ingrozitoare scandaluri pentru intenţii imaginare de infidelitate. Deşi suportă greu situaţia, pacienta renunţă treptat să se mai preocupe de ea, nu se mai îmbracă, nu se mai îngrijeşte etc. După 15 ani de convieţuire mizerabilă se despart dar stau în camere alăturate încă 5 ani. Deşi soţul duce acum o viaţă independentă, ea trăeşte aceiaşi izolare socială simţînd mereu în spate tercarea lui.

In sfîrşit divorţul se pronunţă oficial şi soţul părăseşte domiciliul, dar în aceeaşi perioadă ei i se face un Halstedt pentru neoplasm mamar. După operaţie, cînd stă deja singură (şi dispare orice argument exterior formal pentru asociabilitate, renunţare la sine) apare un simptom foarte neplăcut; pacienta începe să resimtă subiectiv că degajă un miros uterin neplăcut; acest miros apare doar cînd e în societate şi e emoţionată, terorizînd-o în continuare, astfel încît comportamentul ei nu se schimbă. Rămîne la fel de timidă social, nu angajează discuţii şi apropieri sociale, e foarte susceptibilă. Pe tema mirosului, pacienta consultă timp de 5 ani toate somităţile ginecologice, bineînţeles fără rezultat.

Privitor la pacienta de mai sus, mirosul respectiv nu a fost înregistrat nici-odată de nimeni în afară de ea; dar el persistă ca o temă ipohondriacă (fobică) foarte strîns legată de emoţia relaţiei interumane.

.. // ..

x

x x

La capătul acestei discuţii psihopatologice să degajăm cîteva concluzii.

Impărţirea în cele 3 paragrafe nu e desigur întîmplătoare.

Individul poate fi invadat de trăirea periculului ce vine dinspre lume şi în faţa căruia nu poate pune stavile pentrucă, printr-o despaţializare suigeneris, el nu mai poate trăi (zonal sau global) lumea ca un cîmp al acţiunii posibile; prin despaţializare, individul devine vulnerabil, în special în raport cu alţii (paragraful I).

- Individul trăeşte domeniul (spaţiul) propriei corporalităţi ca ceva nesigur, ne avut în stăpînire, dominare şi manevrabilitate; periculosul poate isvorî din acest domeniu, în urma vulnerabilizări acestui spaţiu special care e propriul corp; Si aşa se institue hipocondria fobică (paragraful III).

- Individul trăind efectiv în lume, diacronic, într-o desfăşurare dramatică, trăeşte această întîlnire cu lumea, ca sursă posibilă de periculos. In aceste condiţii apare domofilia cu o ordonare cît mai asigurată a preajmei şi agorafobia în sens larg, adică dificultatea trăirii în spaţiul agoric, cu fobia de astfel de situaţii. Se dezvoltă, în spaţiul agoric, diverse simptome de de-spaţializare şi fobii de obiecte semnificînde (paragraful II).

Din dezbaterea pe care am urmărit-o în acest capitol am vrea să scoatem în evidenţă în special 2 fapte.

In primul rînd, fobia nu poate fi considerată un simplu simptom, un cuvînt dintr-un text. Psihopatologia fobiei se relevă ca o textură în care una sau alta dintre manifestările fobice îşi au locul lor. Nu pot fi aşezate în aceeaşi ordine liniară şi echipotentă şi fără nici o legătură structurală fobia de înălţime, de întuneric, de stradă, de animale anume, de boală etc. ca simptome strict independente, întîmplător prezente unul sau altul la un pacient. Dim-

potrivă, "textul" psihopatologiei fobiei poate fi scris; aproximativ el ar putea fi următorul: Frica la întuneric şi vertijul la înălţime (sau amîndouă împreună) par a fi elementele cele mai bazale ale textului, cadrul său, prezente fiind deja din copilărie şi persistînd. Vertijul la înălţime, batofobia, poate fi puţin marcat dar prezenţa sa am înregistrat-o invariabil la agorafobici în sens larg.[x] Apoi, se pot descrie două teme care dau echilibru textului: pe de o parte tendinţa de înrădăcinare într-un teritoriu asigurat (cel mai des casa), domeniu care a luat în stăpînire printr-o ordonare şi un ştiut permanent - pe de altă parte o suită de trăiri psihopatologice se desfăşoară în afara acestui domeniu. Aceste trăiri psihopatologice se desfăşoară pe o diagramă în care elementul fundamental e alterarea spaţiului trăit. La un capăt al acestei diagrame lumea nici nu mai contează deoarece despaţializarea totală precipită individul în gol (agorafobie în sens restrîns); la celălalt capăt, lumea e prezentă complet dar populată cu "obiecte fobogene" care o structurează într-un mod particular, mai precis dau o formulă originală lumii ca un cîmp al acţiunii posibile, cu zone libere şi zone tabu (obiectele fobogene se institue ca atare printr-un determinism mai strîns sau mai lax). Intre aceste două extreme, disoluţia spaţiului trăit duce la modelul vulnerabilizării individului din faţă (obiectele mobile precipitîndu-se spre el) sau din spate (avînd o trăire a unui spate vulnerabil). Toate acestea constituie textul psihopatologiei fobiei în "spaţiul agoric". Dar nici domeniul persoanei (care în varianta precedentă construia tema înrădăcinării) nu e imun de o disoluţie de tip anxios fobică; atît doar că în acest caz, rolurile se inversează" Corpul devine un domeniu din care

x) Un scurt comentariu e necesar la acest punct: întunericul este în primul rînd negarea lumii ca obiecte şi de aceea e frecvent întîlnit în copilărie. Batofobia, legată evident de sistemul labirintic se întîlneşte ca un fundal a fobicului pe măsură ce individul se maturizează devenind remarcabil de frecventă la adulţi, acest fapt se datoreşte participării labirintului la structurarea schemei corporale şi a spaţiului trăit, ambele corelate de experienţa actantă.

poate isvorî pericul sul (hipocondria fobică) pe cînd lumea (altul calmant şi instituţiile vindecatorii) devin tema liniştitoare. Si ca un mod intermediar apare claustrofobia.

Al doilea fapt pe care am vrea să-l subliniem e cel anunţat la începutul lucrării. Fobicul este atent la lume. Pentru el lumea există cu pregnanţă, formată din obiecte semnificante, ordonate, incluse într-o structură spaţială. Fobicul se simte şi pe sine ca prezent în această "lume ca spaţiu" prezent printre obiecte, legat de ele printr-un raport plin de vivacitate şi culoare, prezent într-o lume partajată în domenii de libertate şi bucurie posibilă şi domenii tabu, domenii de unde poate isvorî periculosul. O analiză a psihopatologiei firicii va trebui să fie în paralel o prihopatologie a spaţiului trăit.

Nu la fel stau lucrurile cînd se încearcă o analiză a psihopatologiei depresiei sau a asteniei, obsesiei, isteriei etc.

Depresivul nu e atent la lumea ca preajmă, la lumea ca obiecte hic et nunc prezente (printre care şi el); lumea ca spaţiu nu-l interesează. Drama sa se desfăşoară în axul trăirii temporalităţii a trăirii unui perpetum prezent dureros, cu blocarea posibilităţii de trăire a viitorului. De la distilatele forme ale nostalgiei şi pînă la depresia tipică sau drama durerii morale din melancolie, analiza psihopatologică şi comentariul depresiei se poate face cel mai bine axat pe analiza psihopatologiei timpului trăit (şi a persoanei "menzice"). Desigur, şi în fobie avem o perturbare a timpului trăitx aşa cum comentaEy în legătură cu încercarea lui Rebuffet(109) de a explica fobia prin psihopatologia spaţiului trăit. Acest fapt ~~se~~ l-am semnalat cu ocazia prezentării unor cazuri. Fobicul trăeşte o anumită nerăbdare panicardă (care uneori e structurală, persoanei fobice). Fobicul are deseori sentimentul că "nu mai poate aştepta" pînă la sfîrşitul evenimentului ce se desfăşoară, sentimentul că timpul "fuge" şi el nu îndeplineşte actele necesare, că trece un

timp imens pînă îndeplineşte faptul în care a angrenat. Dar o analiză în acest sens doar completează tabloul psihopatologic al fobicului, neputînd însoţi fobia în toate modalităţile sale.

La fel în isterie. Indiferent dacă acceptăm sau nu un cadru clinic separat isteriei, psihopatologic nu putem să nu înregistrăm "fapte" care de-a lungul timpului au fost etichetate drept isterice şi acestă modalităţi psihopatologice isterice pot fi cel mai bine mai complet şi mai detailat analizate şi comentate, alături sau concomitent cu psihopatologia limbajului ca o comunicare interumană interpersonală.

In aceeaşi ordine de idei, astenia ca fapt psihopatologic (de la quasinormalitatea marei oboseli comprehensibile şi pînă la "sindromul neurastenic" sau la psihastenie) pot fi cel mai bine analizate şi comentate alături sau concomitent cu patologia actualului uman ca randament. Si în continuare, obsesia - aşa cum magistral a remarcat Jaspers - pretinde o analiză care să meargă în paralel cu psihopatologia libertăţii.

Cele spuse mai sus nu vor să afirme că în diverse modalităţi psihopatologice (din mica psihiatrie) avem doar o anumită turburare fundamentală şi anume: alterarea modalităţilor de a trăi lumea ca spaţiu la fobic, alterarea modalităţilor de a trăi temporalitatea şi durata proprie a persoanei la depresiv, alterarea limbajului interuman la histeric, a actului ca randament la astenic, a libertăţii la obsesiv. Fobicul are şi el perturbări ale trăirii temporalităţii aşa cum aminteam mai sus ale actului, limbajului, ale trăirii libertăţii. Histericul la fel, poate fi astenic, obsedat, uneori depresiv, ba chiar şi fobic - pentrucă histericul este de fapt şi el "atent la lume", dar atenţia sa e orientată cu osebire la lumea socială, la lumea celuilalt şi mai ales a celorlalţi şi nu la lumea ca spaţiu populat de obiecte - cum e cazul la fobicul nuclear. Intre histeric şi fobic, legătura o face senzitivitatea, Histeroidia fobicului ţine de faptul că şi celălalt (indivîdul uman) apare pentru

el nu cu indiferenţă (ca la depresiv) ci cu vivacitate, cu pregnanţă şi coloratură, ca şi celelalte obiecte ale lumii. Fobicul realizează în orice împrejurare o raportare afectivă bogată faţă de celălalt (fie pozitivă, fie negativă); atît doar că, fobicul este predispus a se raporta în primul rînd la celălalt (deci la o singură persoană într-un dialog afectiv) pe cînd histericul e predispus la un monolog în faţa celorlalţi (aşa încît raportarea sa la semeni e mai puţin afectivitate cît limbaj). Si astfel, raportîndu-se la ceilalţi, histericul e în gardă pentru a surprinde la ei (sau a induce în ei) atenţia faţă de el, admiraţia sau compătimirea pe cînd fobicul raportîndu-se la ceilalţi, e şi el în gardă, dar pentru a surprinde eventual la ei pericolul, intenţia de a penetra spre el, de a pătrunde dincolo de epiderma vulnerabilizată a persoanei sale, de unde senzitivitate (sau în altă eventualitate, fobicul caută să surprindă între ceialalţi şansa, prezenţa altuia protector, deci asigurarea în faţa pericolului).

Fpbicul este şi astenic, dar astenia sa e doar aparenţă; fundamentală e abulia sa, mai precisă crisparea sa în faţa actului (care desigur poate fi astenizantă); dar nici într-un caz fobicul nu este un "a-pathic", cum astenicul tinde să fie.

Fobicul se apropie şi de obsesiv. Acest fapt îl vom analiza mai amănunţit în capitolul clinic dar şi aici se pot face unele precizări. Obsesivul nuclear se desinteresează şi el de realitatea nemijlocită; pentru el există o lume dar aceasta e o lume tematică, abstractă, reprezentată. Ceea ce-l preocupă pe obsesiv nu e lumea ci actul şi astfel el scapă influenţelor modelante ale lumii. Dar, limitarea libertăţii începe şi ea deja la fobic, odată cu circumscrierea teritoriilor de libertate. La obsesiv, această libertate e adediată în inima sa; Totuşi, problema comună fundează o învecinare; lumea crispată în faţa noului şi plină de puncte negre şi semne de exclamare a fobicului e într-o anumită măsură obsedantă.

Pentru obsesiv însă, lumea va fi (la fel ca pentru maniac) doar un pretext; pretext al obsesiei şi ritualului ca punte de legătură spre real. Dar consonanţa afectivă cu lumea e la el perturbată. Marele şi tipicul obsesiv are o persoană cu o "depersonalizare de fundal" o persoană "neînrădăcinată" cum e cea a fobicului, o persoană care oriunde îşi poartă simptomatologia la fel. Desigur, cînd se ajunge la "obsesia magna" pe via fobie, această călătorie lasă urme, dar esenţialul îşi spune pînă la urmă cuvîntul; în trecerea de la fobie la obsesie, simptomul se des-circumstanţializează. Marii obsesivi psihastenici au mai puţin locuri tabu cît situaţii-act ritualice; ori, o situaţie-act este destul de indiferentă faţă de preajmă.

Din tot ce am spus mai sus, esenţial ne pare faptul că fobicul cu fobiile sale e omul cel mai serios legat de lumea trăită nemijlocit, de lumea ca permanentă preajmă - decompozabilă analitic desigur în lumea ca spaţiu (continuum) şi lumea ca text (obiecte semnificate în interrelaţii). Aceasta reprezintă însă doar o posibilitate în care minusul personalistic (care dă psihopatologia) se coagulează pe una din modalităţile structurale fundamentale ale persoanei, împlicîndu-le pe celelalte într-un mod original.

Fiecare din "figurile" calitative psihopatologice din mica psihiatrie, se realizează în contextul unei modificări de ansamblu a persoanei care se va prezenta modificată (deci "altfel" decît în normalitate) din toate incidenţele majore ale structurii sale. Faptul că analitic un anumit mod psihopatologic îl putem analiza şi comenta cel mai bine urmărind psihopatologia uneia din modalităţile structurale fundamentale ale fiinţei umane (act, spaţialitate, temporalitate, limbaj, libertate) nu înseamnă nicidecum un raport de cauzalitate între acestea. E vorba pur şi simplu de faptul că psihopatologia, aşa cum se prezintă clinic, ca fapte psihopatologice nu este un ceva aleator. Varietatea pe care clinica o înregistrează şi o sistematizează se realizează ca atare pentrucă

fiinţa umană are o structură bazală (categorială) ireductibilă, pentru că fiinţa umană are o structură temporo-spaţială intrinsecă, o structură comunicant lingvistică, o structură de libertate şi de act. Intrînd pe un făgaş psihopatologic fiinţa umană va realiza (atît timp cît nu se alienează - deci în mica psihiatrie) figuri ce pedalează predominant (de cele mai multe ori) pe una din structurile sale bazale, astfel încît comentariul faptului psihopatologic se realizează cel mai complet în paralel cu comentariul psihopatologiei axată pe structura fundamentală respectivă.

Fobia, astenia, depresia, simptomul histeroid, obsesia, pot domina tabloul clinic al unui caz din mica psihiatrie în cadrul unei modalităţi clinice realizate în acest cadru. Analiza niciunuia din aceste simptome (în sensul analizei posibilităţii lor de existenţă, a fundării lor într-o structură existenţială matricială) nu ne va spune însă nimic despre ce este neuroza, reacţia psihică anormală sau personalitatea psihopată. Cu alte cuvinte, e un lucru distinct de a stabili că e vorba la o persoană anume de o neuroză şi problema care ne-a preocupat pe noi nu a fost "ce este" şi "cum se fundează" nevroza de ex., ci fundarea modalităţilor clinice calitative în mica psihiatrie, în speţă fobic. Desigur, atît circumscrierea nevrozei ca atare cît şi circumscrierea "formelor clinice de nevroză" nu sunt probleme exclusiv psihopatologice dar în ambele cazuri psihopatologia are principalul cuvînt de spus.

xx

x x

C L I N I C A

Figurile clinice ale fobiei în "mica psihiatrie".

Aşa zis-a "mica psihiatrie" (adică psihiatria nepsihozelor) cuprinde o vastă arie de probleme care în mod clasic au fost împărţite în problemele nevrozelor, psihopatiilor şi reacţiilor psihice anormale. Clinica acestui domeniu al psihiatriei este însă departe de a fi lămurită şi se poate spune că în zilele noastre apare ca mult mai complicată decît în urmă cu 50 ani; aceasta în primul rînd datorită perspectivei antropologice în care medicina contemporană (şi mai ales psihiatria) s-a înscris fără drept de apel şi care face ca problemele "mici psihiatrii" să fie foarte apropiate de complexitatea problematicii omului în general. Asupra delimitării şi fundamentării (a întrebării: "ce este şi cum se poate delimita?) nevroza, psihopatia sau reacţia psihică anormală, cercetare şi discuţia e deschisă şi încercările de răspuns numeroase. Desigur, în mare, unele jaloane rămîn fixate - cel puţin ca punct de plecare: reacţia psihică foloseşte criteriul comprehensibilităţii, psihopatia se circumscrie prin amoralitatea unei personalităţi disarmonice nevroza - prin "demisia" de la responsabilitatea unei angajări active în lume a unei persoane fragile, incapacitatea autenticităţii trăirilor şi prezenţa unor simptome subiective, neplăcute, desvăluibile (şi rezolvabile) în cadrul relaţiilor inter-personale etc. In continuare, nu ne vom angaja în încercarea de fundamentare a acestor modalităţi ale "micii psihiatrii" ci, plasîndu-ne într-o perspectivă clinică vom încerca să circumscriem analitic aceste "figuri clinice" - aşa cum se prezintă ele în clinică - mai mult dintr-un punct de vedere formal, pentru a urmări apoi cum se prezintă fobia în cadrul micii psihiatrii. Pentru aceasta vom distinge

1) O tipologie a personalităţii, de modalitate ("stil") fobic. Aceasta înseamnă nu numai modalitate particulară, proprie, eşită din comun (caracterizabilă şi individualizabilă prin ceva) ci şi o deviere de la norma generală în sens de fragilitate, vulnerabilitate, "minus personalistic" dintr-un anumit punct de vedere; căci orice "tip" şarjează anumite trăsături, nu prin plus valoarea sa (care dă creaţia originală) ci prin minus valoarea care şarjează, îngroaşe, potenţialităţi general umane. In acest ultim sens ae poate vorbi despre o persoană anormală, aceasta neînsemnînd încă patologie sub nici-un aspect (încadrîndu-se în normalitate în sens larg) ci doar un teren mai prielnic pentru patologie şi - desigur- modalitate antropologică originală.

2) O reacţie circumstanţială de un anumit tip (fobic în cazul nostru) care e specifică prin ea însăşi, comprehensibilă, suprapersonală, dar apărînd cu frecvenţă şi uşurătate mai mare la persoanele anormale formulate într-un anumit mod.

3) Impasuri şi dezvoltări nevrotice care se produc cînd o persoană anormală (în sens 1), cumulînd conflicte, nu le mai poate depăşi existenţial ci e înfrîntă într-o demisie în care caută protecţie în anturaj, trăind o suferinţă subiectivă exprimată în simptome, simptome ce sunt şi o modalitate principală de expresie şi legătură cu lumea, - legătură redusă la ele şi astfel sărăcită.

Problema nevrozei continuă să fie extrem de delicată deoarece, după ce la început era considerată de domeniu limitrof neurologiei (în orice caz endogen, degenarativ, constituţional), a urmat marea reacţie a concepţiei psihogenetice - declanşată de Freud şi distilată de analiza existenţială; în ultimul timp, o serie de autori de mare prestigiu, reaccentuează importanţa momentului "endogen" în nevroze (vezi Lopez Ibor)(8o), de înrădăcinare a nevrozei în zona endotimă, neconştientă a persoanei. Adevărul este că, în legătură cu nevrozele e greu de discutat despre o singură formulă

(termenul vag de psihonevroză fiind ~~vag şi~~ de utilizat doar ca atare, fără analize şi determinări mai precise, doar de către clinicianul superficial); sub marca nevrozei se reunesc modalităţi clinice multiple dintre care putem aminti: (81)

a) reacţia nemijlocit conprehensibilă dar complicată nevrotic prin faptul că se dezvoltă la o persoană anormală

b) reacţia declanşată evident printr-un eveniment trăit, dar care nu e nemijlocit comprehensibilă. In aceste cazuri, fie că e vorba de o modalitate cheie de reacţie pentru un anumit tip de personalitate (reacţia de tip "cheie ce se potriveşte la broască" - Kretschmer); fie e vorba de o reacţie de fundal (hintergrundreactio descrie de Müller-Sur şi K.Schneider), de o reacţie declanşată printr-un eveniment aparent anodin, dar care se produce la o persoană a cărui fundal psihic este puternic încărcat cu trăiri conflictuale şi anergizante nedescărcate.

c) apariţia unui sindrom neurotic după o trăire organică anergizantă (infecţii, intoxicaţii, traumatism, epuizare prin muncă exagerată); în acest caz, anergizarea persoanei nu face decît să aducă la suprafaţă o structurare nevrotică care era ţinută în frîu.

d) apariţia unei modalităţi de a fi nevrotice aparent în continuitatea existenţei, fără motiv actual evident; poate fi vorba de o auto-suprasolicitare ce angrenează persoana în nevroză ca un bulgăre de zăpadă, sau de o lipsă, energetică de a continua existenţa la fel ca pînă atunci, sau de un moment biologic endogen critic.

Toate aceste modalităţi nu fac decît să introducă individul într-un impas nevrotic, intr-o stare nevrotică care se poate remite sau poate trece într-o dezvoltare nevrotică. Aceasta din urmă poate şi ea avea cicluri, se poate stabiliza, compensa sau remite, după cum poate şi să înglodeze persoana într-o existenţă nevrotică. Uneori însăşi dezvoltarea ontogenetică a persoanei nu încheie adolescenţa ca o persoană structurată matur (şi nici măcar fragil structurat) ci deja structurată nevrotic.

Tot în legătură cu nevroza, mai trebue menţionat faptul că ea are multiple posibilităţi de compensare şi decompensare, care în general ţin de problematica existenţei curente (de la atmosfera conjugală la o întîmplare fericită sau nefericită, de la nivelul de "aspiraţie" socială şi pînă la lipsa de orizont axiologic).

Toate aceste probleme trebuesc avute în vedere atunci cînd se discută clinic despre nevroză (şi această panoramă indică deja dificultatea unei abordări statistice sau experimentale a nevrozei.

4) Personalităţi psihopate, care reprezintă formule aparte de construcţie personalistică, caracterizate în primul rînd printr-o perturbare structurală a modalităţilor actului moral (deobicei comisiv şi perturbator social). Si aici sunt posibile multiple variante, de la cazul structurat imoral şi cu un comportament pervers, la cazul amoral prin lipsa unei scări unitare de valori morale şi a unei consecvenţe cu sine, alături de cazuri de conflictuali explozivi, scandalagii sau expansivi şi mergînd pînă la monstruosul moral. De notat încă, posibila mixtare a modalităţilor psihopate cu cea nevrotică, ca expresie a unui viciu de structură sau de modulare circumstanţială a fundalului anormal.

5) Formule personalistice aparte, care, de-alungul dezvoltării, în loc de îmbogăţire treptată trăesc dimpotrivă o înceată dar continuă "depersonalizare de fundal", cub sărăcirea trăirilor, a modalităţilor de expresie şi creaţie prin act; persoanele devin treptat marginali socialului, legaţi de existenţa socială doar printr-un canal îngust, cu modalităţi de expresie şi existenţă stereotipe şi invariante, dar care nu duc la o alienare evident psihotică a persoanei nici pînă în final.

Toate aceste cadre funcţionează desigur cu un ghid pentru clinicianul care urmează să se confrunte cu complexitatea cazurilor reale. In plus, psihiatrul mai este încărcat în zilele noastre cu o serie de situaţii şi reacţii "existenţiale" (ca doliul simplu,

trăirile de eşec, trăirile post-conflictuale simple) care de fapt fac parte în primul rînd din trama vieţii şi care pe psihiatru îl pot interesa ca om şi antropolog, dar nu în calitate de clinician.

I

In privinţa "tipului" fobic de personalitate, ca fundal posibil a unor impasuri şi dezvoltări nevrotice fobice, a unor distorsionări personalistice psihopatice de acest tip (sau numai ca stil ~~personal~~ de personalitate) principalele descrieri de referinţă sunt: "emotivul" descris de Dupré, caracterul fobic descris de psihanaliză şi poikilotimul descris recent de Petrilowitsch.

- Constituţia emotivă descrisă de Dupré (82)(pentru prima dată în 1909 şi reluată apoi în publicaţiile sale ulterioare)poartă încă amprenta concepţiei despre degenerescenţă din secolul trecut dar într-o viziune mai diferenţiată. Principalele semne ale constituţiei emotive ar fi: exagerarea (în intensitate şi amplitudine) a reflexelor tendinoase, cutante şi pupilare, hiperestenzie senzorială, desechilibrul reacţiilor motorii şi secretorii, tendinţa la spasme, tremurături, intensitatea şi difiziunea anormală a reflexelor fizice şi psihice ale emoţiilor, reacţii anormale ca vivacitatea, extensie, durată etc. După cum se vede, Dupré insistă mai mult asupra semnelor neurologice decelabile obiectiv (stigmate) decît asupra unui profil caracteriologic. Dupré, mai notează multiple afecţiuni organice în etiologie. "Expresie a unui desechilibru special al temperamentului, emotivitatea constituţională se asociază frecvent cu alte tare degenerative, ca debilitatea şi mai ales desechilibrul inteligenţei, a sentimentelor şi a voinţei". Dupré nu asociază însă constituţia emotivă în mod prea direct cu fobia, aşa cum autorii moderni francezi o fac. El prezenta constituţia emotivă ca un "substrat organic" a unui mare număr de sindrome nevro-psihopatice între care aminteşte, c e e drept şi anxieta-

tea, fobiile, obsesiile-impulsuri, alături însă de perversiuni sexuale, melancolia anxioasă, stări hipocondriace (simple sau delirante), accese de excitaţie şi depresie (ale ciclotimiei), neurastenia (ca o consecinţă a epuizării prin emoţii intense şi repetate), histeria. Dupré mai descrie însă şi o "psihonevroză emotivă", distinctă şi de histerie şi de reurastenie, care apare pe fondul unei predispoziţii date de constituţia emotivă puţin marcată şi realizată prin sumarea unor şocuri emotive repetate la scurte intervale. O parte din cazurile descrise de Dupré ca tipice pentru această psihonevroză s-ar putea încadra în reacţii fobice simple (e vorba în special de reacţii de spaimă din timpul războiului, repetate, care dau o stare de aşteptare anxioasă cu tahicardie şi reacţie emotivă intensă la orice informaţie ca aminteşte de evenimentele psihotraumatizante).

Psihanaliza descrie şi ea un "caracter fobic"(83). In istoria psihanalizei aceasta s-a făcut destul de tîrziu, deoarece psihanaliza a analizat iniţial simptomele şi abia ulterior, pornind tot de la simptome, a încercat să "explice" şi caracterul; astfel caracteriologia e ramura cea mai nouă a psihanalizei. Caracteriologia psihanalitică distinge două tipuri de trăsături de caracter: cele în care energia originală de descarcă liber după transformarea a ceea ce a fost vizat sau a obiectului şi cele de tip defensiv, unde atitudinea defensivă generală se opune atitudinii manifeste şi e reprimată printr-o contrapulsiune. Trăsăturile de caracter fobice fac parte din acest al doilea grup al trăsăturilor de caracter reacţionale, esenţială fiind conduita de inhibiţie şi evitare. Mai precis, caracterul fobic defineşte indivizii a căror conduită reacţională se mărgineşte la a evita situaţiile primitiv dorite (de ex. evitarea dragostei, furiei sau a oricărui alt sentiment violent, orice situaţie în care sentimentele riscă să fie prea mult angajate). Această evitare e consecinţa fricii de respectiva

deslănţuire afectivă iar mecanismul psihologic operează cu mutaţia lui "mi-e frică" în "nu-mi place, nu prefer". De unde retragere, absenţă (aparentă) a interesului, timiditatea etc. Trăsătura de caracter se poate constiui nu numai ca o fugă din faţa situaţiilor prea angajante afectiv şi din faţa obiectului care e sursă de anxietate (ceea ce într-un fel ar fi consecinţa primei modalităţi). Această atitudine de fugă, inhibiţie, evitare, se poate realiza fie printr-o modalitate pasivă, fie printr-una activă, printr-o "fugă înainte" adică un comportament de supra-ocupaţie (mai ales de lectură), prin care individul evită atît lumea angoasantă a tentaţiilor cît şi confruntarea în tihnă cu sine; pentrucă fobicul se alarmează de tot ceea ce emerge din sine, din clar-obscurul său interior cu care evită să stea în faţă, ceea ce determină şi o stare de continuă alertă, caracteristică de asemenea, fobicului.

Desigur, faptul că fobicul este un inhibat, deobicei retras şi în tensiune, în alertă permanentă, este o trăsătură "caracteriologică" (mai bine zis de "stil personalistic") a fobicului, dar a rezuma la atît caracterizarea persoanei fobicului e puţin şi a explica aceste trăsături doar prin conflicte de ordin libidinal a exagerat şi inexact.

- Petrilowitsch (84) denumeşte şi el persoana fobicului "instabil emotiv" (atimmungslabile) şi în descrierea sa pe prim plan trece problematica emotivităţii; dar el nu se revendică de la Dupré (pe care nici nu-l aminteşte) ci de la Wilmans (1914). Acest tip se caracterizează prin: vitalitate redusă (şi în acest sens se apropie de astenic, depresiv, ba chiar de psihastenicul francezilor - spune autorul), o mare hiperestezie şi vulnerabilitate senzorială (la fel cum spunea Dupré) astfel că totul se petrece foarte aproape de "rezonanţa afectivă a corpului" (leiblicher Gefühlzustande) după expresia lui Lersch); sunt instabili emotiv, sensibilitate afectivă excepţională la orice stimul, în nucleul caracterial predomină afectul în aşa măsură încît individul învălue

şi obiectul de afectivitate, îl consideră foarte repede simpatic sau antipatic - la prima impresie şi intuitiv - şi transpune fenomenele sufleteşti asupra obiectului; el e orientat spre exterior, caracterizat printr-o vivacitate vulnerabilă, e prezentă o mare precumpănire a exigenţei şi pretenţiei în dauna randamentului; e prezent un joc bipolar între supunere şi dominare. Petrilowitsch afirmă şi sugestionabilitatea instabilului emotiv şi într-un pasaj afirmă chiar: "agorafobia merge mînă în mînă cu recunoaşterea unei incapacităţi evidente, mai ales că dorinţa spre un sprijin precis, spre un mentor cu care să treacă strada sau piaţa e recunoaşterea de facto a incapacităţii personale, a dorinţei de tutelă".

Petrilowitsch îşi construieşte tipologia în sensul unei imagini a personalităţii structurată ca un edificiu cu nivele şi sfere concentrice, diferind în acest sens de descrierea neurologic-constituţionalistă a lui Dupré şi de cea strict motivaţională a psihanalizei. Acceptînd descrierea sintetică a lui Petrilowitsch pe care am găsit-o realmente la majoritatea cazurilor urmărite de noi am sublinia însă că, în perspectiva persoanei, ceea ce ne pare mai caracteristic pentru fobic este o tendinţă la o "înrădăcinare asigurată". Aceasta se prezintă ca o filie pentru casa-cămin, familie, tutelă a altuia - toate dorite dar acceptate crispat, cu o ţinere în frîu a tendinţei contrare de expansiune act şi dominare (acestea rămînînd ca un fundal permanent prezent şi validat uneori în simptom în cazul decompensărilor nevrotice); sau ca desfăşurare a acestor tendinţe într-un spaţiu delimitat şi asigurat, în care şi contactul uman devine mai degajat şi actul posibil. Fobicul structural are nevoe de delimitarea clară a unei lumi (temă-spaţiu) într-o modalitate de ştiut şi posedat (luat în stăpînire). In raport cu această modalitate de a fi în lume, fobicul structural nu este un aderent de muncă (cu plăcerea anonimatului) şi nici un ambiţios al randamentului (cu autosuprasolicitare), ci un pretenţios pedant care deobicei îşi delimitează foarte bine domeniile de

acţiune şi actele, pecare le execută grijuliu şi precis, asigurîndu-se din toate părţile, dar nefiind un activ. Această fînă pusă actului şi activităţii, dezvoltă o condensare marcată a imaginarului care însă - în virtutea îngustimii activităţii sale - nu devine limbaj ca la histeric ci îşi găseşte debuşeuri de descărcare colaterală (vis, reverie).

Caracterizarea făcută de noi fobicului nuclear seamănă desigur mai puţin a caracteriologie (aceasta din urmă fiind deobicei un pattern al modalităţilor expresive şi comportamentele caracteristice). Caracteriologia se poate plasa la limita palierului personalităţii ca entitate; ea nu vorbeşte despre considerare, motivaţie sa desfăşoare dramatică, deci despre palierul mijlociu al persoanei, dar mici amplu despre orizontul persoanei ca entitate Psihanaliza vorbeşte despre motivaţie dar ignoră desfăşurarea efectivă, reală, în lume a individului. Aceste lipsuri am vrut să le completăm în descrierea noastră, acceptînd ceea ce aduce pozitiv şi real caracteriologia (de tip descriere pe nivele şi de tip strict motivaţional psihanalitic). Tendinţa (şi realizarea) înrădăcinării într-un locus, nu este o caracteristică timică, voliţională sau intelectuală, dar este o realitate constatabilă la fobic, fie că această înrădăcinare are ca limite casa, fie că ea este circumscrisă mai mult tematic, prin divizarea lumii în zone accesibile şi zone nepreferabile, fie prin incertitudinea care vizează propriul corp ca un locus (incertitudine a schemei corporale în primul rînd) fapt ce stă la baza ipohondriei fobice în primul rînd dar determină şi el o înrădăcinare într-o protecţie a altuia, într-o existenţă dirijată.

In legătură cu persoana fobicului am mai avea de completat următoarele: Orice persoană se structurează ca rezultat a unei dezvoltări, prin maturarea datului genetic îm ambianţa relaţiilor interpersonale şi preluînd "lumea umană". In legătură cu aceasta, menţionăm următoarele, în legătură cu cazuistica studiată şi pre-

lucrată de noi:

- Ca bio-tipologie între nevroticii fobici observaţi de noi nu am întîlnit nici-un pianic. Am întîlnit mulţi leptosomi - între care un grup apreciabil de indivizi cu "structură corporală infantil-adolescentină"). In total acest grup cuprinde 11o cazuri (68,7%). Restul era format din indivizi cu o structură corporală predominant atletică (5o=31,3%).

- Ca structură a familiei am întîlnit: La 12o cazuri (75%) o copilărie caracterizată prin schimbarea frecventă a persoanelor protector-educative (a persoanelor cu rol paternal) combinată cu o frecventă schimbare de domiciliu. La 3o cazuri (18,7%), în familie unul din părinţi era foarte autoritar, dar nu supraprotector. La restul, aspecte nesemnificative.

- Incidenţa afecţiunilor organice în istoria vieţii nu ne-a apărut cu nimic semnificativ.

Am mai putea menţiona în cadrul acestui paragraf, problema "orizontului fobic", ca ceva înscris în reprezentarea de ansamblu a lumii, în concepţia despre lume, în modul general în care individul se resimte ca prezent în lume. Aici nu e vorba de un aspect caracterial, nici de ceea ce reprezintă în mod clar şi distinct filosofia vieţii unui om ci ceea ce este un implicat al acesteia, ceea ce reprezintă o anumită perspectivă de raportare a persoanei umane conştiente la lume, ceea ce dă notă, tonalitatea majoră a acestei raportări. Orizontul fobic nu e ceva caracterizabil din afară, ci un argument existenţial care colorează toate trăirile şi manifestările individului şi pre-dispune la anumite modalităţi motivaţionale sau ale trăirii actuale. Aceasta însă nu e o problemă de analiză clinică ci existenţială. In schimb, dacă, luînd în masă un lot de fobici nucleari se face inventarul simptomelor, se poate constata (cel puţin aşa am constatat noi) că cele mai frecvente şi constante simptome sunt: frica de întuneric (întîlnită de noi la 94% din cazuri) şi dificultatea de a suporta înălţimea (87%

cazuri). Ambele aceste simptome sunt nu numai frecvente şi ci constante, adică independente de perioadele de decompensare sau compensare. Ele peprezintă un fel de încadrare a trăirilor persoanei fobice, care trăeşte dificil lumea pe care nu o poate controla vizual şi poziţional, deci o fragilitate structurală a abordării lumii ca spaţiu, care probabil reprezintă fundamentarea organismică a "orizontului fobic".

II

Reacţia fobică comprehensibilă se instalează fie ca urmare a trăirii unei spaime, fie în urma unei informaţii care determină, pe palierul mijlociu al psihismului, o organizare, o structurare a lumii în care intervine frica. Cel de al doilea mod menţionat aici poate fi de ex. cel ce urmează unei ameninţări, cum am întîlnit la cazul nr.3, cu o vulnerabilizare a spaţiului corporal faţă de o agresiune posibilă. Multe iatrogenii pot rămîne în cadrul unor reacţii fobice (ipohondriace) fără dezvoltarea lor în nevroze sau preocupări prevalente. Reacţia fobică, chiar cînd are o temă clar formulată (şi eventual plasată), se desfăşoară într-o atmosferă de anxietate (sau mai rar depresie); în orice caz, gama fobie rămînînd o gamă de trăiri distincte, e deseori flancată de gama trăirilor anxioase şi depresive.

Reacţia fobică în urma unui eveniment de tip "spaimă" (sau angoasă), a putut fi condiţionată în laboratoarele lui Pavlov (85) Ea poate dura mai mult sau mai puţin, poate structura lumea trăită cu frici elective faţă de anumite situaţii (frica de a merge cu maşina după un accident de maşină, frica de spital după o operaţie, dificilă etc.); ea se poate modula în funcţie de tipul şi structura personalităţii la care aparem intervenind deseori ca un element important în impasul şi dezvoltările nevrotice. Există însă şi posibilitatea ca o reacţie intensă unică, să producă o "mutaţie" în structura personalităţii, schimbînd radical modalităţile de a fi ale persoanei respectivă sau grevînd-o de o patolo-

gie periodică, colorată însă intens reactiv. De ex:

15)O pacientă care se internează la 45 ani; a fost, pînă la 22 ani, o fire veselă, expansivă, sociabilă, curajoasă, degajată în relaţii sociale. La această vîrstă, în timpul războiului, într-o zi de iunie în timpul unui bombardament, o bombă cade chiar în adăpostul colectiv în care se afla (la extremitatea acestuia), omoară cîteva persoane, "îngroapă" altele; pacienta rămîne teafără dar trăeşte o spaimă cumplită (nu a fost lezată corporal deloc, nu a suferit nici de pe urma suflului exploziei, nu a avut pierdere de conştiinţă). In acel moment era gravidă în luna 6-a. Pe lîngă spaima trăită, se teme ca nu cumva viitorul copil să aibe ceva de suferit. Naşterea urmează însă normal şi copilul se dezvoltă bine.

De la acest episod, pacienta rămîne cu o simptomatologie care persistă pînă la internare (accentuîndu-se în ultimii trei ani). Grupajul de simptome care o supără se instalează odată cu începutul verii în fiecare an (restul anotimpurilor e bine) şi devine foarte exprimat vara, cînd se adună norii înainte de ploaie, mai ales dacă apar şi fulgere (şi tunete bineînţeles). Această simptomatologie care o chinueşte în fiecare vară, constă din o mare stare de alertă, de tensiune; nu poate sta singură nici în casă nici pe stradă; poate trece strada doar în grupuri compacte şi atunci are impersia că vehicolele vin spre ea (aglomeraţia o suportă bine cu cît e mai multă lume cu atît se linişteşte mai mult; nu există claustrofobie); nu suportă întunericul, noaptea îi este foarte frică, mai ales că doarme puţin şi cu coşmaruri. Nu suportă înălţimea; la etajul 4 deja nu se poate apropia de geam. Dacă aude un sgomot neaşteptat, tresare şi e cuprinsă de panică; dacă cineva stă lîngă ea nu poate lucra bine; deseori cînd lucrează concentrată (la birou) are impresia că cineva e în spatele ei şi o urmăreşte. Cînd se apropie o furtună cu fulgere intră într-o adevărată panică, nu mai poate sta locului; la serviciu aleargă dintr-un birou în altul, acasă merge la vecini. Îi este frică să nu se îmbolnăvească de o boală gravă.

Cazul de mai sus, cuprinzînd o mare gamă de simptome anxios-fobice, se desfăşoară aproape experimental. După trăirea unui moment de spaimă-frică, periodic (ciclic), în circumstanţe ce amintesc scena primitivă (vară, căldură, nori cu tunete), se declanşează o stare de anxietate de aşteptare pe care fundal apar multe simptome fobice, de angoasă şi panică. Dar şi între perioadele de mare rău, deci în restul anotimpurilor, nu mai e persoana degajată, sociabilă şi expansivă care fusese; în personalitate s-a produs o adevărată mutaţie (cazul mai demonstrează cum simptomele ce se instalează ca reactive în urma spaimei sunt în primul rînd legate de distorsiunea spaţiului trăit - aşa cum am analizat în capitolul de psihopatologie - frică la trecerea străzii cu sentimentul precipitării vehicolelor spre ea, vulnerabilizarea spaţiului spatelui, frică de boală (ce ar putea isvorî din domeniul propriei corporalităţi); şi ca o încadrare, frică de întuneric şi frica de înălţime).

III

Desigur, şi în cazul ultimului caz prezentat s-ar putea vorbi despre o nevroză; dar aceasta ar însemna să extindem cadrul nevrozelor şi asupra reacţiilor comprehensibile, supracaracteriale. Noi preferăm pentru nevroză cadrul ce l-am amintit la începutul capitolului şi care şi aşa este destul de vast; şi pentru a diferenţia de reacţia propriuzisă, nevroza în care se intră doar printr-o reacţie comprehensibilă, să mai prezentăm un caz:

16) O femeie de 31 ani, crescută într-o familie în care tatăl e o fire autoritară care o împiedică să se căsătorească la 20 ani cu un băiat pe care-l iubea. Pacienta a fost dintotdeauna o fire meticuloasă, pedantă, care nu suporta dezordinea; afirmativ sociabilă dar îşi alege prietenele dintre cele preocupate de cultură. Acceptă relativ târziu să se căsătorească cu un economist care-i făcea curte, la care nu a ţinut nici-odată prea mult, dar care treptat ajunge să o irite, mai ales prin dezordinea lui. Îl cicăleşte adesea deşi el e prin de atenţii, chiar "obositor de atent cu ea" (dar nu e dominator sau protector).

In urmă cu 4 ani are un accident de tren după care rămîne inconştientă, afirmativ 24 ore (totuşi nu prezintă amnezie retrogradă) Imediat după accident şi încă mult timp apoi o stare de mare anxietate, evocări teriefiante, obsedante în legătură cu accidentul; fobie de tren (călătoreşte numai cu maşina sau avionul); somn agitat cu soşmaruri, jenă precordială. Pe stradă începe să aibe deseori senzaţie de înălţime şi de călcare în gol; se teme de traversări. Dar turburările care o supără cel mai mult sunt legate de inserţia socială; ajunge treptat în situaţia ca la primul contact cu o persoană străină să fie cuprinsă de o panică exteriorizată prin roşeaţa feţei, inhibiţie psihică, tremurături; totul ţine aproximativ lo`. Din acest motiv renunţă la activitatea de profesoară şi trece la o muncă de birou unde nu avea contact permanent cu alţii; dar şi această activitate o schimbă ulterior pentru una şi mai puţin calificată. Are dese coşmare.

In cazul de mai sus, în urma unui eveniment deosebit, pacienta intră într-un impas şi apoi face o dezvoltare nevrotică fobică. E adevărat că în cazul de faţă nu intervine numai spaima ci şi un traumatism cu o stare de inconştienţă (probabil o comoţie cerebrală) dar imediat după revenirea stării de conştiinţă nu e prezent şi nu se dezvoltă nici un simptom neurologic, iar la 6 ani după accident (pacienta revine ulterior la control) toate testările făcute nu a arată nici-un semn de degradare intelectuală (inteligenţă bună, originală, cu precizia formelor, cu bună discernare a amănuntelor, cu un fond mnezic şi de cunoştinţe excelent). Iniţial pacienta dezvol-

tă doar o fobie legată de evenimentul traumatizant (frică de a călători cu trenul) dar apoi apare "fobia străzii", apoi ereutofobie şi în final nosofobie, toate conducînd spre o dezinserţie socială. Nu avem doar un ansamblu simptomatic legat numai de tot ceea ce evocă o împrejurare ci o dezvoltare nevrotică serioasă (Rolul probabilei comoţii cerebrale, ca sensibilizatoare a funcţionalităţii creerului în perioada imediat următoare accidentului nu trebue desigur neglijat, după cum nu se poate pune în seama sa toată evoluţia fobică ulterioară).

O problemă de primă importanţă în discutarea nevrozei fobice este: în ce măsură se poate vorbi despre nevroza fobică ca despre un cadru nosologic independent. Marea majoritate a autorilor răspund în prezent da, la această problemă. Totuşi un grup de autori, între care o serie de autori romîni şi sovietici, neagă individualitatea clinică a nevrozei fobice. Dar pentru cei ce o acceptă, nevoroza fobică e încărcată de moştenirea psihanalitică, de faptul că Freud a fost acela care a izolat-o pentru prima dată - ca histerie anxioasă - ca ceva independent, atît în raport cu nevroza obsesivă cît şi cu cea histerică. De aceea, mare parte dintre cei ce recunosc independenţa nevrozei fobice, rămîn la limbajul şi modalităţile propuse de psihanaliză adică: proecţia pe un obiect sau situaţie exterioară a anxietăţii unui conflict intra-psihic (cu erotizare secundară) ceea ce face posibile conduitele de evitare şi asigurare; evitarea situaţiilor primitiv dorite cu reacţie de fugă din cauza fricii de propriile pulsiuni. O astfel de perspectivă însă, reducînd personalitatea la motivaţie, sărăceşte mult problematica, deoarece ignoră personalitatea atît ca desfăşurîndu-se pe diverse paliere, cît şi existenţa sa desfăşurată în lume, într-o lume organizată tematic, spaţial şi temporal.

O altă perspectivă care diferenţiază fobia ca centrul unei entităţi clinice originale, decurge din studiile lui Gebstattel care

distingea fobia propriu-zisă (psihastenică) care se desfăşoară actual circumstanţial, condiţionată de prezenţa persoanei într-un context, de fobia anankastă (obsesivă) care, în discursivitatea ei strict ideică, nu e legată de repere exterioare actuale (o perspectivă similară va susţine şi H.Wallon). Acest punct de vedere a fost parţial însuşit de clinică, de ex. de P. Loó. Loó (86) remarcă pe de o parte trecerile dintre frica parţial justificată, teama nejustificată şi teama iraţională, dar subscriind în acelaşi timp la tezele lui Gesattel: fobia- teamă a nevrozei fobice e situaţională, de prezentă (într-o situaţie anumită, în care eventual, se află un anumit obiect fobogen) şi în evoluţia ei mediul joacă un mare rol. Dimpotrivă, fobia-obsesie e ideică, tematică, nesituaţională. "Lumea" fobicului e în primul rînd o lume a anxietăţii; fobia însăşi e condiţionată de cristalizarea, polarizarea unei anxietăţi pe un obiect sau o situaţie, acestea devenind ulterior puncte de difuzare a anxietăţii; lumea obsedatului e organizată nu numai pe anxietate ci pe sentimente de culpă, remuşcări, depresie, scîrbă; iar fundalul existenţial peste care se organizează obsesia e a unei lumi a murdăriei, descompunerii, putreziciunii, iar anxietatea nu e legată situaţional, de lumea ca preajmă.

Analiza clinică, pe lîngă deosebirile pe care le descoperă nu poate să nu înregistreze şi apropierile dintre fobie şi obsesie: "orice fobie e obsedantă, orice obsesie se acompaniază de anxietate" - spune Loó. Din punct de vedere clinic aceste treceri posibile trebuesc însă analizate mai amănunţit; ele se pot referi fie la simptom, fie la ansamblul maladiv.

Ca simptom, fobia propriu-zisă, situaţională, poate fi obsedantă după mecanismul Carpenter. De ex. cazul 7 care prezenta o fobie a străzii - trăind un sentiment de gol cu vertij şi angoasă la jumătatea drumului de acasă la serviciu: plecînd de acasă deja, pacienta începea să fie preocupată de eventualul rău; tema fobică a străzii se instala obsesiv; dacă nu putea îndepărta gîndul respectiv, frica